

Warszawa, dnia czwartek, 24 sierpnia 2023 r.

Poz. 72

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

z dnia 24 sierpnia 2023 r.

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

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

MINISTER ZDROWIA

---

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

<sup>2)</sup> Niniejsze obwieszczenie zawiera także leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyroby medyczne, które są objęte refundacją od dnia 1 lipca 2020 r., od dnia 1 września 2020 r., od dnia 1 listopada 2020 r., od dnia 1 stycznia 2021 r., od dnia 1 marca 2021 r., od dnia 1 maja 2021 r., od dnia 1 lipca 2021 r., od dnia 1 września 2021 r., od dnia 1 listopada 2021 r., od dnia 1 stycznia 2022 r., od dnia 1 marca 2022 r., od dnia 1 maja 2022 r., od dnia 1 lipca 2022 r., od dnia 1 września 2022 r., od dnia 1 listopada 2022 r., od dnia 1 stycznia 2023 r., od dnia 1 marca 2023 r., od dnia 1 maja 2023 r. oraz od dnia 1 lipca 2023 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 2023-08-24 (poz. 72)

## Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2023-09-01

## 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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	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
2	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
3	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
4	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	10,96	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,03
5	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	9,98	14,08	14,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,12
6	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	13,68	12,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,66
7	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	21,91	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,96
8	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	41,34	41,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,67

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
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	11,34	15,39	12,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,37
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	18,90	25,32	24,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,29
11	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	2022-05-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	37,80	48,14	48,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,07
12	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	15,58	12,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,56
13	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	27,55	24,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,52
14	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	49,26	48,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,19
15	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
16	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
17	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	2022-09-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,40	8,80	8,80	Osteoporoza		30%	2,64
18	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
19	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

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
20	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 ryzedronowy	12,71	17,48	17,48	Osteoporoza		30%	5,24
21	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 ryzedronowy	8,35	11,90	11,90	Osteoporoza		30%	3,57
22	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-05-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	9,07	12,86	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	12,86
23	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-05-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	3,02	4,45	4,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	4,45
24	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
25	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
26	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	2022-11-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	78,73	93,50	73,66	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	41,94
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	2023-09-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	75,60	90,91	81,84	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	33,62
28	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	2022-11-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	68,04	82,27	73,66	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	30,71
29	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	2023-01-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	48,60	59,75	49,10	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby; Wewnątrzwątrobowa cholestaza ciężarych		30%	25,38

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
30	Acidum ursodeoxycholicum	Ursosyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794	2022-09-01	3 lata	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		30%	24,55
31	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	34,78	44,49	44,49	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
32	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
33	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	10,43	14,64	13,35	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,49
34	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
35	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	20,94	27,78	26,69	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,29
36	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
37	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, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,26	16,49	13,60	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
38	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blister)	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
39	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,61	21,42	21,42	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
40	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
41	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,88	21,71	21,71	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
42	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
43	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blister)	05909990694426	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	16,79	22,66	22,66	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
44	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blister)	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
45	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,02	6,68	4,53	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,35
46	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,02	6,68	4,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,15
47	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	42,23	52,13	45,32	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	10,01
48	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
49	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,56	16,33	11,33	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,20
50	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
51	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,11	27,20	22,66	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,11	27,20	22,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,54
53	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	31,59	39,64	33,99	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,85
54	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
55	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2021-05-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	91,80	109,60	107,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,47
56	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163	2023-09-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	91,80	109,60	107,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,47
57	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 - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	83,16	100,53	100,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
58	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 - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	365,04	405,20	405,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
59	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2023-01-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	86,40	103,93	103,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
60	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	2021-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	89,64	107,33	107,33	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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
61	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	138,24	160,91	160,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
62	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	2022-09-01	3 lata	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
63	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	2022-09-01	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
64	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	103,68	122,80	122,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
65	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	138,24	160,91	160,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
66	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	2023-01-01	3 lata	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
67	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
68	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
69	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
70	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
71	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

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
72	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
73	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
74	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
75	Agomelatinum	Sedival, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991419172	2023-09-01	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
76	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
77	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fioł.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118	2022-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	357,39	397,14	397,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41
78	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	19,44	25,68	24,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,31
79	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
80	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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	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
82	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
83	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
84	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
85	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
86	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
87	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
88	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
89	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
90	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
91	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
92	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,48	9,50	9,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	2,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
93	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,94	7,71	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	4,13
94	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818	2022-01-01	3 lata	31.0, Leki przeciwyrtmiczne klasy III - amiodaron	23,90	31,36	31,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
95	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,33	30,69	27,89	Schizofrenia		ryczałt	6,00
96	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,66	58,40	55,77	Schizofrenia		ryczałt	5,83
97	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
98	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
99	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,53	111,63	111,54	Schizofrenia		ryczałt	3,29
100	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	2021-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,64	111,73	111,54	Schizofrenia		ryczałt	3,39
101	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,65	31,01	27,89	Schizofrenia		ryczałt	6,32
102	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,73	58,49	55,77	Schizofrenia		ryczałt	5,92
103	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,46	111,54	111,54	Schizofrenia		ryczałt	3,20
104	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,76	31,13	27,89	Schizofrenia		ryczałt	6,44
105	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	47,47	59,25	55,77	Schizofrenia		ryczałt	6,68
106	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
107	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991471248	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	90,61	108,55	108,55	Schizofrenia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
108	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
109	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	94,93	113,09	111,54	Schizofrenia		ryczałt	4,75
110	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	2023-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,66	58,40	55,77	Schizofrenia		ryczałt	5,83
111	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	2023-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,31	111,39	111,39	Schizofrenia		ryczałt	3,20
112	Amlodipini besilas	ApoAml, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,94	9,87	9,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,96
113	Amlodipini besilas	ApoAml, 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	5,28	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,58
114	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	12,59	12,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,78
115	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	7,44	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,23
116	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	13,88	13,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,16
117	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	22,94	22,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,88
118	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	23,39	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,02
119	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	7,25	7,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
120	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	12,25	12,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,68
121	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	12,48	12,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,74
122	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	14,85	14,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
123	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	7,89	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,68
124	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	14,85	14,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
125	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	26,66	26,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,00
126	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	7,72	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,51
127	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	14,11	14,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,23
128	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,63	10,59	10,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,18
129	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,73	6,02	6,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,81

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
130	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	10,89	10,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,27
131	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	6,18	6,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,85
132	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	9,95	9,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,99
133	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,56	13,67	13,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,10
134	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	13,72	13,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,12
135	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	16,50	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,08
136	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	6,26	6,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,88
137	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	8,52	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,31
138	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	19,20	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,78
139	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	13,19	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,98

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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
140	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	13,84	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,15
141	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	5,38	3,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,78
142	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	7,20	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,16
143	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	12,54	12,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,76
144	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	6,52	6,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,96
145	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	14,85	14,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
146	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	7,72	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,51
147	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	21,54	21,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,46
148	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	14,64	14,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,39
149	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	7,49	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,28



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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
150	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	23,39	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,99
151	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	23,39	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,99
152	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	11,39	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,19
153	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	23,39	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,99
154	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,56	43,56	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,76
155	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	23,39	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,99
156	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,56	43,56	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,76
157	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,91	12,24	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,04
158	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	22,82	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,42
159	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,13	20,57	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	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
160	Amlodipinum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,13	20,57	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,17
161	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,13	20,57	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,17
162	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,92	25,60	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,20
163	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,92	25,60	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,20
164	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,92	25,60	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,20
165	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	15,03	19,96	17,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,45
166	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,44	22,12	22,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
167	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	12,04	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,39
168	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,20	13,73	11,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,86
169	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	25,23	32,96	32,96	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
170	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	16,57	22,08	19,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,50
171	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,44	22,12	22,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
172	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,20	13,73	11,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,86
173	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	11,98	16,60	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
174	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	15,03	19,96	17,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,45
175	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	12,04	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,39
176	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,07	14,08	13,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,00
177	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	14,68	14,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
178	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	8,64	13,22	13,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
179	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,72	8,51	8,51	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
180	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	11,12	15,85	15,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
181	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990293124	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,27	8,04	8,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
182	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	11,61	16,87	16,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
183	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	25,23	32,96	32,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
184	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 750 mg	16 szt.	05909990293223	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,72	11,62	11,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
185	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	13,91	19,47	19,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
186	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990788453	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	9,82	9,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
187	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powł., 750 mg	20 szt.	05909990788477	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	14,23	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
188	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, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	26,74	34,02	28,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,70
189	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, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,45	12,15	7,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,57

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
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	17,83	22,51	14,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,35
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,14	17,74	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,24
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, 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
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	29,85	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,72
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, 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
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	41,09	37,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,33
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	2022-03-01 - dla kolumny 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	17,50	22,33	15,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,66
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	2022-03-01 - dla kolumny 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	27,86	35,43	30,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,09

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
200	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, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	23,87	31,32	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,66
201	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, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	15,75	20,89	17,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,94
202	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	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,90
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
204	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	24,49	31,65	28,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,33
205	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	12,25	16,65	14,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,49
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,98	17,57	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,07
207	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	23,87	31,32	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,66
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	22,68	29,51	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,38
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	24,55	31,96	30,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,62

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
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	9,85	13,58	11,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,95
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909997199702	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,80	17,38	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,88
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,99	17,58	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,08
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,90	27,65	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,52
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,95	27,70	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,57
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,01	27,76	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,63
216	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	23,90	30,80	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,67
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991209483	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,92	30,82	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,69
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,98	30,87	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,74
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,99	37,52	37,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
220	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, 2023-01-01 - 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	37,88	30,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,54
221	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, 2023-01-01 - 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	23,62	15,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,95
222	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
223	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	14,05	14,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,03
224	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	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,91
225	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	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,40
226	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
227	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
228	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	22,68	29,51	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,38
229	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



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
230	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	26,68	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,55
231	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,30	27,02	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,89
232	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
233	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	29,97	38,77	38,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,39
234	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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
235	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, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	26,74	34,02	28,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,70
236	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, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	17,83	22,51	14,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,35
237	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,45	12,15	7,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,57
238	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,75	20,47	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,97
239	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	22,78	29,07	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
240	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	27,14	34,20	26,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,07
241	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	36,10	45,21	39,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	25,51
242	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
243	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	51,04	47,84	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	3,20
244	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	58,13	47,84	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	10,29
245	Anastrozolum	Apo-Nastrol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802050	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,36	59,58	47,84	<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	11,74
246	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	63,01	47,84	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	15,17
247	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	55,05	47,84	<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	7,21
248	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	59,60	47,84	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	11,76

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
249	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	50,63	50,63	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
250	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	51,59	51,26	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	0,33
251	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040	<1>2021-05-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	68,46	79,55	42,14	<1>Żylnie powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	50,05
252	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396	2023-05-01	2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	243,00	272,48	235,98	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	107,29
253	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	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 <sup>2</sup> – profilaktyka		ryczałt	3,20
254	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	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 <sup>2</sup> – profilaktyka		ryczałt	3,20
255	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	91,80	107,69	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	31,55
256	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 <sup>2</sup> – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	3,20
257	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 <sup>2</sup> – profilaktyka		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
258	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	132,06	132,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,99
259	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	84,23	84,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
260	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,04	84,25	84,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
261	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	86,42	103,55	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	7,71
262	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	159,65	159,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
263	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	136,08	159,69	159,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
264	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,80	198,25	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,14
265	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	345,72	384,13	384,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
266	Aripiprazolum	Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	1 fiol. proszku + fiol. rozp.	05702157142200	2023-09-01	3 lata	178.12, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	848,56	925,76	925,76	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia aripiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	0,00
267	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,68	93,32	93,32	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
268	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	61,56	74,89	66,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,06
269	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	123,12	143,53	132,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	15,46
270	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	183,76	209,76	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,65
271	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	90,50	107,84	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,00
272	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,31	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,20
273	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	273,78	306,44	297,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	18,28
274	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	175,78	201,38	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,27
275	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	61,56	74,89	66,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,06
276	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	123,12	143,53	132,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	15,46
277	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	183,76	209,76	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,65

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
278	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	90,50	107,84	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,00
279	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,31	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,20
280	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	273,78	306,44	297,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	18,28
281	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	175,78	201,38	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,27
282	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	112,20	132,06	132,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,99
283	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	82,12	99,04	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
284	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,31	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,20
285	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	357,62	396,63	396,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,42
286	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	82,12	99,04	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
287	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	78,30	95,03	95,03	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
288	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	54,54	67,52	66,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	4,69
289	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	86,94	104,10	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,26
290	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	93,31	111,10	106,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,19
291	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,31	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,20
292	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	156,60	181,55	181,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,40
293	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	285,03	318,71	318,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,97
294	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,31	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,20
295	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	96,12	114,05	106,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,14
296	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991339951	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	100,16	117,98	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,14
297	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (w blisterach perforowanych)	05909991270223	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	100,16	117,98	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,14

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
298	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,55	85,84	85,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
299	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,12	82,83	66,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	20,00
300	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	139,32	160,54	132,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	32,47
301	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,57	123,66	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	27,82
302	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	212,49	239,92	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	47,81
303	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	52,81	65,70	65,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
304	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,62	125,16	125,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98
305	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,23	96,00	96,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
306	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	158,46	183,19	183,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
307	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991404710	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	158,46	183,19	183,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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	Arpixon, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991404727	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	316,92	353,89	353,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
309	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	26,41	34,54	33,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	4,73
310	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	52,81	65,70	65,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
311	Aripiprazolum	Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg	28 szt.	05902020241447	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,23	96,00	96,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
312	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,36	82,03	66,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	19,20
313	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	136,72	157,81	132,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	29,74
314	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,54	120,48	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	24,64
315	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	205,08	232,14	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	40,03
316	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	192,24	218,66	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	26,55
317	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	56,10	69,16	66,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,33

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
318	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	82,12	99,04	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
319	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	87,05	104,21	99,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,37
320	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,31	198,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,20
321	Atomoxetineum	Atofab, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	09008732012224	2022-11-01	3 lata	185.1. Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	52,37	65,02	63,36	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	4,86
322	Atomoxetineum	Atofab, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	09008732012231	2022-11-01	3 lata	185.1. Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	83,81	100,92	100,92	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
323	Atomoxetineum	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
324	Atomoxetineum	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

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
325	Atomoxetine	Auroxety, 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
326	Atomoxetine	Auroxety, 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
327	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	59,53	72,54	63,36	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	12,38
328	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	95,56	113,26	101,37	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	15,09
329	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241	2023-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	86,40	103,96	103,96	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

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
330	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	23,63	30,63	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	8,49
331	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	42,53	53,13	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	10,71
332	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	59,07	72,05	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	11,89
333	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990	2023-01-01	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
334	Atorvastatin	Atox 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	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,00

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
335	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	7,51	10,32	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,12
336	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	10,48	14,40	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,10
337	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	14,67	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,47
338	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	13,23	17,96	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,56
339	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	19,76	26,11	26,11	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%	7,83

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
340	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,28
341	Atorvastatin	Atrox 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	32,85	32,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
342	Atorvastatin	Atrox 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	39,10	49,34	49,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,80
343	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	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,17
344	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	17,40	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
345	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,83
346	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	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,07
347	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	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,73
348	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	13,39	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,19
349	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
350	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	38,25	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	19,64
351	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	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,17
352	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	33,93	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,32
353	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,59
354	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	48,32	35,44	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%	23,51



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
355	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	59,93	71,21	53,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	34,00
356	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	38,25	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	19,64
357	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	50,20	35,44	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%	25,39
358	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	9,56	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,36
359	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,94

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
360	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	8,43	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,53
361	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	23,36	23,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,01
362	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 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
363	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 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	3,46	4,91	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,81
364	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 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	6,43	9,18	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
365	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 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	21,60	21,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
366	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	9,94	13,83	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,53
367	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	12,91	17,63	17,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,29
368	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	28,01	28,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
369	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
370	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	21,60	21,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
371	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	28,01	28,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
372	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,24	4,68	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,58
373	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,70	9,47	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,27
374	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	16,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
375	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	24,20	24,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
376	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,39	18,13	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,73
377	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	31,46	31,46	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%	9,44
378	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
379	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	31,33	31,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,40

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
380	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,54	3,95	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,19
381	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,08	7,77	7,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,33
382	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,15	14,73	14,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,42
383	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,30	27,68	27,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,30
384	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	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
385	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	18,75	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,55
386	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	24,31
387	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2023-01-01 - 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	28,26	36,03	35,44	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%	11,22
388	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	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,55
389	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	14,90	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,70

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
390	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,51	13,89	13,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,17
391	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,80
392	Atorvastatinum	Atox, 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	40,10	35,44	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%	15,29
393	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	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,52
394	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,80	9,57	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,37



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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
395	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,10	14,00	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,70
396	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	11,34	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,14
397	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,48	18,22	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,82
398	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,82	26,17	26,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,85
399	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,52

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
400	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,09	33,75	33,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,13
401	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,34	48,54	48,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,56
402	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	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,38
403	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	10,82	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,62
404	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
405	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,45
406	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	21,47	21,47	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%	6,44
407	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	39,25	35,44	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%	14,44
408	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071	2023-01-01 - 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	37,80	46,05	35,44	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%	21,24
409	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	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,26

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
410	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	12,64	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,44
411	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,90
412	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	53,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	29,35
413	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	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,12
414	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	18,31	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
415	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	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,90
416	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	15,08	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,88
417	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	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,25
418	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	40,57	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,96
419	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	18,20	23,18	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,78

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
420	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178	2023-01-01 - 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	29,52	37,36	35,44	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%	12,55
421	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185	2023-01-01 - 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	43,73	54,20	53,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,99
422	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,93	51,44	35,44	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%	26,63
423	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
424	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	21,57	21,57	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%	6,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
425	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	21,57	21,57	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%	6,47
426	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
427	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 - 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	ryczałt	5,42
428	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
429	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 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	22,03	29,02	27,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	5,09
430	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
431	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 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	43,09	54,26	54,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
432	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
433	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
434	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,66	25,35	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,00
435	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,74	15,99	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	11,64
436	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
437	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	16,61	7,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,77
438	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	29,03	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,35
439	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	41,21	23,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	29,69
440	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	42,66	50,91	28,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	36,51
441	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909997214023	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
442	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909997223537	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
443	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
444	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
445	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997223551	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
446	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
447	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
448	Azithromycinum	Azycyna, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	21,57	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,89
449	Azithromycinum	Azycyna, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	19,76	26,11	23,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,59
450	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	25,29	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,94
451	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,74	15,99	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	11,64

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
452	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	10,79	13,94	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,59
453	Azithromycinum	Nobaxin, tabl. powł., 500 mg	2 szt. (w blisterze)	05909991108830	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
454	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	16,61	7,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,77
455	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
456	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
457	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
458	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	29,03	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,35
459	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	41,21	23,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	29,69
460	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	118,26	138,88	138,88	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		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
461	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	<1>2023-09-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	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
462	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,28	87,48	87,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
463	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	2022-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	118,26	138,88	138,88	Astma		ryczałt	4,80
464	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	141,78	163,58	138,88	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,50
465	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696	2023-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	141,78	163,58	138,88	Astma		ryczałt	29,50
466	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144	2023-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	141,78	163,58	138,88	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	66,36

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
467	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205	2023-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	283,56	316,46	277,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	122,03
468	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	6,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	17,35
469	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	13,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	23,74
470	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	3,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	14,37
471	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	18,33	24,60	22,96	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	4,84
472	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	2022-11-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	19,66	26,24	26,24	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,12
473	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	2022-11-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	12,91	17,12	13,12	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	10,56
474	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
475	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, plyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	2023-05-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	20,09	26,69	26,24	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,57
476	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
477	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

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
478	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,97	42,78	35,40	Jaskra		ryczałt	10,58
479	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	101,90	120,10	106,21	Jaskra		ryczałt	22,85
480	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
481	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
482	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
483	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
484	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

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
485	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
486	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
487	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	2023-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,27	40,99	35,40	Jaskra		ryczałt	8,79
488	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	2023-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	96,85	114,79	106,21	Jaskra		ryczałt	17,54
489	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
490	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
491	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
492	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
493	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
494	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,98	19,72	19,72	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
495	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,99	10,49	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
496	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,85	22,73	22,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
497	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	25,27	33,00	33,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	9,60
498	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,42	12,00	12,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
499	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,64	17,42	17,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,80
500	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,91	10,41	10,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
501	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,46	5,40	5,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
502	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,72	11,26	11,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
503	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,70	6,71	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,78
504	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,02	10,52	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,84	20,62	20,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
506	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,05	6,03	6,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
507	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,42	10,94	10,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
508	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,32	12,93	12,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,87
509	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,63	24,60	24,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,49
510	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,65	6,65	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,72
511	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,32	12,93	12,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,87
512	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
513	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2022-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory 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
514	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
515	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
516	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
517	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641	2023-01-01	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	22,68	29,29	25,40	Jaskra		ryczałt	7,09

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
518	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
519	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
520	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
521	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386	2023-01-01	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
522	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
523	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
524	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	2 lata 4 miesiące - 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
525	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	2 lata 4 miesiące - 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
526	Bromocriptinum	Bromocom, 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
527	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137	2020-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,73	64,29	64,29	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
528	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137	2020-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,73	64,29	64,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
529	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
530	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

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
531	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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,56	80,21	80,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,38
532	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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,56	80,21	80,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,19
533	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,26	64,84	64,69	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,35
534	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,26	64,84	64,69	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,35
535	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,45	56,76	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,89
536	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,45	56,76	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,89
537	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,03	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,26
538	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - 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
539	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	50,75	30,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,19

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
540	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	50,75	30,76	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	29,22
541	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	76,41	61,52	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,22
542	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	76,41	61,52	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	33,35
543	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	64,45	61,52	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,26
544	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	64,45	61,52	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	21,39
545	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2021-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	39,34	48,78	36,91	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,07
546	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 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	39,34	48,78	36,91	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,94
547	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082	2021-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	19,68	25,47	18,46	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,21
548	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 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	19,68	25,47	18,46	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	12,55
549	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	76,81	91,77	73,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,35
550	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	76,81	91,77	73,82	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	40,10

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
551	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	39,34	48,78	36,91	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,07
552	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	39,34	48,78	36,91	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,94
553	Budesonidum	Budaiir, 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	64,45	61,52	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,26
554	Budesonidum	Budaiir, 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	64,45	61,52	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	21,39
555	Budesonidum	Budaiir, 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	64,45	61,52	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,26
556	Budesonidum	Budaiir, 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	64,45	61,52	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	21,39
557	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2022-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,88	56,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,32
558	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2022-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,88	56,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,32
559	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,88	80,54	80,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,71
560	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,88	80,54	80,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
561	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedl. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2023-01-01/<2>2023-09-01 - 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	361,80	401,89	401,89	<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
562	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedl. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2023-01-01/<2>2023-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	361,80	401,89	401,89	<2>Indukcja remisji u pacjentów z aktywnym mikroskopowym zapaleniem jelita grubego		30%	120,57
563	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
564	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	2023-03-01	2 lata	11.2, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - w eozynofilowym zapaleniu przełyku	1645,20	1777,55	1777,55	Leczenie eozynofilowego zapalenia przełyku (ang. eosinophilic esophagitis, EoE) u pacjentów uprzednio leczonych inhibitorami pompy protonowej (IPP) – leczenie indukcyjne, do 12 tygodni (warunkiem wdrożenia leczenia jest udokumentowanie wykonania badania endoskopowego z pobraniem do oceny histopatologicznej co najmniej 6 wycinków błony śluzowej z proksymalnej i dystalnej części przełyku, z potwierdzeniem EoE poprzez obecność równej lub większej od 15 liczby eozynofili w dużym powiększeniu)		ryczałt	4,80
565	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	23,62	18,46	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,36
566	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	23,62	18,46	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	10,70
567	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	41,37	36,91	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,66

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
568	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	41,37	36,91	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	15,53
569	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2022-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,11	64,69	64,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
570	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2022-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,11	64,69	64,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
571	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
572	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
573	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
574	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
575	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615	2022-03-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,22	64,80	64,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,31
576	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615	2022-03-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,22	64,80	64,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,31



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
577	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
578	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
579	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
580	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
581	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
582	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
583	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
584	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
585	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	40,09	30,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,53

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
586	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	40,09	30,76	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	18,56
587	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	40,09	30,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,53
588	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	40,09	30,76	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	18,56
589	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	47,52	58,54	46,29	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,45
590	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	90,72	107,90	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,51
591	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421047047	2022-05-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	91,80	109,03	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,64
592	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	125,99	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,60
593	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	94,09	111,43	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,04
594	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	101,57	119,29	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,90

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
595	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963	2023-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	92,05	109,29	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,90
596	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh. po 60 daw.	05903060620971	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	45,35	56,26	46,29	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,17
597	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh. po 60 daw.	05903060620988	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	90,71	107,89	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,50
598	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh. po 60 daw.	05903060620995	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	91,79	109,02	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,63
599	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,02	126,06	92,59	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	61,25
600	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	126,06	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,67
601	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909990873241	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	107,46	125,47	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,08
602	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	52,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,04
603	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt. - blister	05909991235635	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	31,15	40,12	40,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,04

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
604	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt. - blister	05909991235635	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	31,15	40,12	40,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
605	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt. - blister	05909991235642	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	31,15	40,12	40,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,04
606	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt. - blister	05909991235642	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	31,15	40,12	40,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
607	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	46,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,40
608	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	46,73	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,20
609	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	70,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,24
610	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	70,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	10,04
611	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	93,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,96
612	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	93,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	11,76
613	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	46,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,58
614	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	46,73	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,38
615	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	70,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,50

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
616	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	70,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	10,30
617	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	93,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,28
618	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	93,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	12,08
619	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
620	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
621	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
622	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
623	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2022-11-01	3 lata	236.0, Lek przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	183,60	210,10	210,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
624	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
625	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
626	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
627	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
628	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
629	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 - kalcyptriol 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
630	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 - kalcyptriol 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
631	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcyptriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	145,13	165,16	102,98	Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych		30%	93,07
632	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 - kalcyptriol 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
633	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcyptriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	94,50	112,00	102,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,91
634	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0.25 µg	90 szt.	05907464420816	2023-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcytriol	38,88	49,40	47,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,42
635	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0.5 µg	90 szt.	05907464420823	2023-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcytriol	77,76	94,23	94,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,27
636	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991096106	2022-09-01	1 rok 2 miesiące	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	156,60	180,97	178,14	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	56,27
637	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	20,56	20,56	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%	6,17

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
638	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	38,69	38,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,61
639	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,32	40,50	40,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,15
640	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991474119	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,04	41,25	41,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,38
641	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991470005	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,04	41,25	41,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,38
642	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	41,62	41,62	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%	12,49
643	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	20,50	20,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,15
644	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	20,55	20,55	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%	6,17
645	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	20,55	20,55	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%	6,17
646	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	2023-01-01 - 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	25,09	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,69
647	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,66	21,34	21,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	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
648	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	38,91	38,91	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%	11,67
649	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	38,98	38,98	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%	11,69
650	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	38,98	38,98	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%	11,69
651	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	48,09	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,29
652	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,32	40,50	40,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,15
653	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	38,91	38,91	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%	11,67
654	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	38,98	38,98	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%	11,69
655	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	38,98	38,98	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%	11,69
656	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	2023-01-01 - 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	48,09	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,29
657	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	41,51	41,51	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%	12,45



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
658	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	42,11	42,11	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%	12,63
659	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	2023-01-01 - 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	13,09	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,89
660	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	25,09	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,69
661	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	24,64	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,24
662	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	12,86	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,66
663	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	27,36	20,57	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%	12,96
664	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,68	21,68	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%	6,50
665	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475925	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,02	21,72	21,72	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%	6,52
666	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,97	41,18	41,18	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%	12,35
667	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475932	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,04	41,25	41,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
668	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,86	41,06	41,06	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%	12,32
669	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,86	41,06	41,06	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%	12,32
670	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	14,22	10,29	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%	7,02
671	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,99	11,44	11,02	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%	3,73
672	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475482	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,00	11,45	11,02	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%	3,74
673	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,93	21,63	21,63	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%	6,49
674	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475499	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,02	21,72	21,72	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%	6,52
675	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	27,03	20,57	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%	12,63
676	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	14,05	10,29	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%	6,85
677	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,14	23,73	20,57	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,33

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
678	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,14	23,73	20,57	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,33
679	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,07	12,39	10,29	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,19
680	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,30	32,52	22,04	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	17,09
681	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	92,39	66,12	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	46,11
682	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,30	32,52	22,04	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	17,09
683	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	92,39	66,12	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	46,11
684	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,15	16,86	11,02	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,15

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
685	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	47,72	33,06	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	24,58
686	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,15	16,86	11,02	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,15
687	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	47,72	33,06	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	24,58
688	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,87	22,39	20,57	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,99
689	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,87	22,39	20,57	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,99
690	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,43	11,73	10,29	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,53
691	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	22,71	22,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,28
692	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991421649	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,82	21,29	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,89

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
693	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	25,89	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,49
694	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991421656	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	40,49	40,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,15
695	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	48,09	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,29
696	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,49	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,29
697	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	25,09	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,69
698	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991455361	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,82	21,29	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,89
699	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991432300	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,06	22,59	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,19
700	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991455378	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	40,49	40,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,15
701	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,53	38,28	38,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,48
702	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991432324	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,13	43,12	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,32

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
703	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	40,83	40,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,25
704	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,53	38,28	38,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,48
705	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	40,83	40,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,25
706	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,37	46,85	44,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,99
707	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	25,09	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,69
708	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	42,89	41,14	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%	14,09
709	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	13,09	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,89
710	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209	2023-01-01 - 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	40,82	50,14	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,34
711	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230	2023-01-01 - 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	40,82	50,14	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,34
712	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179	2023-01-01 - 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	20,41	26,11	20,57	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%	11,71

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
713	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,22	25,91	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,51
714	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	47,53	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,73
715	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	47,53	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,73
716	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	13,09	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,89
717	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,17	22,71	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,31
718	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,25	47,44	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,64
719	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,25	47,44	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,64
720	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,59	27,35	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,95
721	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	51,73	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,93
722	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,48	72,77	61,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,57

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
723	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	51,73	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,93
724	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	51,73	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,93
725	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,49	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,29
726	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,17	26,91	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
727	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,24	37,82	30,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,22
728	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,17
729	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
730	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,17
731	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,97



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
732	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	15,11	18,85	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,71
733	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	15,11	18,85	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,51
734	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	18,13	22,52	12,41	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,31
735	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	18,13	22,52	12,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,11
736	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	30,22	36,54	20,69	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	19,05
737	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	30,22	36,54	20,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	15,85
738	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,82	16,39	15,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,07
739	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

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
740	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	23,63	31,03	31,03	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
741	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
742	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,48	9,21	8,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,19
743	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
744	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
745	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
746	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,19	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,05
747	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
748	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,73	15,80	12,41	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerywaniami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,59
749	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
750	Cariprazine	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056	2021-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - karpiprazyna	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
751	Cariprazine	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	2021-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - karpiprazyna	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
752	Cariprazine	Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909991337230	2021-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - karpiprazyna	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
753	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	9,23	4,09	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%	6,37
754	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	13,10	8,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,38
755	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	7,13	2,04	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%	5,70
756	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	9,39	11,04	4,09	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%	8,18
757	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	11,87	14,73	8,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
758	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	7,61	2,04	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,18
759	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	9,74	4,09	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%	6,88
760	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	13,49	8,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,77
761	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	7,11	2,04	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%	5,68
762	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909991017019	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,40	11,05	4,09	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%	8,19
763	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,88	14,74	8,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,02
764	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	7,87	1,02	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%	7,16
765	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	7,61	2,04	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,18
766	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	7,55	2,04	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,12
767	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	10,39	4,09	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%	7,53

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
768	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	13,61	8,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,89
769	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	7,38	1,02	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%	6,67
770	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	11,05	4,09	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%	8,19
771	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	22,00	8,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	16,28
772	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	14,74	8,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,02
773	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	28,81	16,34	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	17,37
774	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	7,39	2,04	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%	5,96
775	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	14,79	4,09	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,93
776	Cefaclorum	Ceclor, granulaty 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	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,48
777	Cefaclorum	Ceclor, granulaty 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	17,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
778	Cefaclorum	Ceclor, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,32	38,58	26,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,43
779	Cefaclorum	Ceclor, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	37,04	45,64	35,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,10
780	Cefaclorum	Ceclor, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,88	48,10	39,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,37
781	Cefaclorum	Ceclor, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	46,44	57,51	52,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,20
782	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	23,66	12,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,58
783	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	31,04	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,94
784	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	42,85	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,50
785	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	45,81	24,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,65
786	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	13,11	17,16	10,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,68
787	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	4,21	5,06	1,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,15
788	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	6,24	7,82	3,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
789	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2022-01-01	3 lata	90.1. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	7,13	9,43	5,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,69
790	Cefuroxim	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	29,66	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,56
791	Cefuroxim	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	37,87	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,52
792	Cefuroxim	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	41,02	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,81
793	Cefuroxim	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	50,95	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,25
794	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2022-11-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,82	18,68	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,58
795	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2022-11-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,33	25,53	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,18
796	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2022-11-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,15	33,96	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,75
797	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2022-11-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,51	48,54	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,84
798	Cefuroxim	Cefuroxime Genoptim, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991353483	2022-09-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,98	31,67	31,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,84

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
799	Cefuroxim	Cefuroxime Genoptim, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991353490	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,57	43,35	43,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,68
800	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	35,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,54
801	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	17,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,73
802	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	17,25	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,15
803	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	24,62	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,27
804	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	32,81	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,60
805	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
806	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	35,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,54
807	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,25	31,96	31,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,98
808	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,45	48,47	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,77



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
809	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	61,99	61,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,00
810	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	33,72	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,51
811	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	46,20	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,50
812	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	19,45	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,35
813	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	24,84	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,49
814	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991265328	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,22	34,03	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,82
815	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,05	37,00	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,79
816	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	2021-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,58	47,56	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,86
817	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990216383	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,04	18,90	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,80
818	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,66	25,87	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,52

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
819	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,08	35,98	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,77
820	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,31	49,38	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,68
821	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991471637	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,74	50,49	50,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,25
822	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991471620	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,87	26,55	25,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,58
823	Cefuroxim	Zinacef, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1500 mg	10 fiol.	05909990069927	2023-09-01	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
824	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,94	12,94	8,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,89
825	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,32	35,43	35,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,89
826	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,42	19,47	17,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,70
827	Cefuroxim	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	17,88	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,78
828	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	19,47	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,37

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
829	Cefuroximium	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,08	35,18	35,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,64
830	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	32,34	32,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,17
831	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	32,58	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,37
832	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991359331	2023-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	32,58	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,37
833	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	33,10	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,89
834	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	33,15	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,94
835	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	33,15	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,94
836	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,70	33,49	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,28
837	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	33,72	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,51
838	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991418212	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,45	44,27	44,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
839	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991425203	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,72	44,56	44,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,28
840	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,52	45,40	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,70
841	Cefuroxim	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	18,77	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,67
842	Cefuroxim	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	35,17	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,96
843	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2023-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,99	46,94	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,24
844	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991458997	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	442,80	489,06	489,06	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
845	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powł. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	442,80	489,06	489,06	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
846	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909991459062	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	442,80	489,06	489,06	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20

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
847	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909991459093	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	442,80	489,06	489,06	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
848	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991458966	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	442,80	489,06	489,06	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
849	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	9,25	8,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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
850	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,02	13,94	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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
851	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,76	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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
852	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,75	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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
853	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,79	9,59	8,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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
854	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,99	16,70	16,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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
855	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,98	12,94	8,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,92
857	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,10	9,91	8,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,30
858	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,29	10,66	6,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,16
859	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	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,94
860	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	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,14
861	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,42	17,15	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,15
862	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	16,01	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,59
863	Cetrorelixum	Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	05909990488926	2021-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza - antygonadotropiny uwalniające hormony	85,75	102,68	95,42	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli		50%	54,97
864	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2022-11-01	3 lata	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	73,44	89,32	89,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
865	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582	2023-03-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - 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 skórą późną	30%	5,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
866	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	8,78	5,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	6,30
867	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	8,78	5,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,80
868	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,82	18,92	18,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
869	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,82	18,92	18,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,68
870	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	8,16	10,32	5,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	7,84
871	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	8,16	10,32	5,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,34
872	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,21	21,42	18,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	5,70
873	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,21	21,42	18,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,18
874	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	126,20	147,64	147,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
875	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	63,10	77,38	73,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,96
876	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	96,17	73,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	28,75
877	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	50,00	36,91	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,29
878	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	237,60	267,95	267,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja 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
879	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>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja 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
880	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>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja 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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
881	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
882	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	268,37	301,56	301,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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
883	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
884	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 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

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
885	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 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
886	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 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
887	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	2022-09-01	2 lata	257.0, Cyklosporyna	347,76	386,78	386,78	Ciężkie zapalenie rogówki u dorosłych pacjentów z zespołem suchego oka, u których nie nastąpiła poprawa pomimo stosowania preparatów sztucznych łez		30%	116,03
888	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 czerwono krwinkowego; 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
889	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 czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	11,19
890	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 czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	35,00
891	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 czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	10,98
892	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 czerwono krwinkowego; 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
893	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	2,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,74
894	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	5,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,07
895	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	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,70
896	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	0590999066667	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	11,42	2,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,42
897	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	0590999066780	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	16,15	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,79
898	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	0590999066803	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,02	26,07	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,36
899	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
900	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
901	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
902	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
903	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
904	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
905	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	8,10	11,48	11,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,89
906	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
907	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
908	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
909	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
910	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
911	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	18,76	12,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,67
912	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
913	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
914	Clarithromycinum	Klabid EC, granulaty 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	27,44	27,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,72

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
915	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,18	17,19	17,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,60
916	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	41,04	52,42	52,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,21
917	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,62	32,70	32,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,35
918	Clarithromycinum	Klacid, granulaty 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	28,30	35,84	28,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,44
919	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	19,42	24,79	17,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,15
920	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
921	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
922	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	45,99	57,62	57,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,81
923	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	35,60	44,22	34,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,94
924	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
925	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
926	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,49	29,05	24,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,86
927	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,21	20,65	19,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,88
928	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,81	30,03	29,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,37
929	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2021-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,30	39,09	39,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,55
930	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,02	70,35	70,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	35,18
931	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2021-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,81	30,03	29,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,37
932	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	10,86	9,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,98
933	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	20,65	19,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,88
934	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	8,79	4,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
935	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	18,29	18,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,15
936	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
937	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800	2022-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,82	17,51	16,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,06
938	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	17,52	16,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,07
939	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	21,51	16,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,06
940	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
941	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
942	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
943	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
944	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
945	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,74	7,78	7,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,33
946	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2022-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	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
947	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2023-01-01	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
948	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
949	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
950	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
951	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
952	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
953	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
954	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
955	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	Miażdżycowa 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
956	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	Miażdżycowa 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
957	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	Miażdżycowa 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
958	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2023-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	14,15	20,21	20,21	Miażdżycowa 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
959	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	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
960	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
961	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
962	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
963	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
964	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
965	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
966	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443	2022-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,88	24,22	19,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,24

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
967	Clozapinum	Symcloza, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991373467	2022-05-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,76	46,51	39,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,55
968	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382	2022-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,72	6,41	4,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,42
969	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 kalcifediol	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
970	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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 - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	3,20
971	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g	20 g	05909990015412	2022-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	31,32	40,32	40,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,16
972	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077	2022-05-01	2 lata	241.0, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - konestat alfa	3690,36	3951,82	3951,82	Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci (od 2 roku życia), młodzieży oraz dorosłych chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
973	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077482	2023-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1237,47	1346,96	1346,96	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
974	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077499	2023-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1237,47	1346,96	1346,96	Kontrolowana hiperstimulacja 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
975	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
976	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-05-01/<2>2022-07-01/<3>2023-01-01 - 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
977	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
978	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	29,62	38,27	36,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	13,06
979	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	74,06	90,04	90,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	27,01
980	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	10,41	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,45
981	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	11,21	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,25

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
982	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	32,01	21,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,15
983	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	11,59	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,63
984	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	32,91	21,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,05
985	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	11,21	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,25
986	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	32,01	21,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,15

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
987	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>2022-09-01/<2>2022-11-01/<3>2021-11-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	247,0, Szczepionki przeciw grypie	41,04	51,85	51,40	<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%	26,15
988	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	Żylna powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	27,34
989	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	<1>2021-03-01/<2>2023-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	130,44	63,21	<1>Żylna powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	70,43
990	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	<1>2021-03-01/<2>2023-03-01	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



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
991	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	2023-03-01	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
992	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
993	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	205,20	233,35	233,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,56
994	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990975884	<1>2022-09-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01	<1>1 rok 2 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy/<3>1 rok 4 miesiące	251.0, Doustne leki przeciw cukrzycowe - flozyny	153,90	178,14	178,14	<1>>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z 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 <sup>2</sup> , 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
995	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fioł. z prosz. i 2 fioł. z rozp.	05909990774869	2022-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degarelix	1496,29	1619,24	1619,24	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	9,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
996	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp.-strz. rozp.	05909990774852	2022-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degarelix	498,71	549,24	549,24	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
997	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	2023-05-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	567,15	622,90	622,90	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	186,87
998	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
999	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
1000	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
1001	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2022-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,64	13,54	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
1002	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2023-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,49	35,74	35,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,72
1003	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	2021-05-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,18	17,27	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
1004	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
1005	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991359454	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	11,36	11,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,41
1006	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	08901175035427	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,53	21,70	21,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,51
1007	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991359478	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,27	31,31	31,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,39
1008	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
1009	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
1010	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	24,10	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,27
1011	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
1012	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
1013	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	2021-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	18,71	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
1014	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991499785	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	24,67	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,84
1015	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991480172	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,52	24,84	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,01
1016	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
1017	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991499792	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,54	35,80	35,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,74
1018	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991480189	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,76	36,03	36,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,81
1019	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
1020	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	157,68	182,20	182,20	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
1021	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	157,68	182,20	182,20	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%	54,66
1022	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	329,10	366,34	364,40	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	8,34
1023	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	329,10	366,34	364,40	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%	111,26

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
1024	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	78,84	95,42	91,10	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	7,52
1025	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	78,84	95,42	91,10	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	31,65
1026	Dexamethasonum	Demezoon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	30,83	27,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,38
1027	Dexamethasonum	Demezoon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	58,53	55,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,92
1028	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81,2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	250,34	281,95	276,48	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	33,91
1029	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991472535	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81,2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	250,56	282,18	276,48	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	34,14
1030	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81,2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	100,33	119,12	110,59	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	19,91
1031	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81,2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	252,63	284,35	276,48	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	36,31
1032	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81,2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	50,52	62,82	55,30	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	13,21
1033	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	552,95	552,95	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1034	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	101,06	119,88	110,59	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	20,67
1035	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	21,95	13,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,33
1036	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	252,66	284,38	276,48	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	36,34
1037	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	50,53	62,83	55,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,22
1038	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	11,38	6,91	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	7,67
1039	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	101,07	119,89	110,59	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	20,68
1040	Diazepamum	Relsed, mikrowlewką doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	181.1, Leki przeciwłękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	20,92	26,10	16,40	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,90
1041	Diazepamum	Relsed, mikrowlewką doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	181.1, Leki przeciwłękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	25,09	32,79	32,79	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1042	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
1043	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 postaci farmaceutyczne	16,96	22,51	21,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,55

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1044	Diclofenacum	Offen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	22,68	31,11	31,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,56
1045	Diclofenacum natriicum	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
1046	Diclofenacum natriicum	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
1047	Diclofenacum natriicum	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
1048	Diclofenacum natriicum	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	11,45	14,92	10,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,44
1049	Diclofenacum natriicum	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
1050	Diclofenacum natriicum	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	7,54	10,55	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,68
1051	Diclofenacum natriicum	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
1052	Diclofenacum natriicum	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	14,92	10,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,44
1053	Diclofenacum natriicum + 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1054	Dienogest	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2023-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	32,08	40,59	36,27	Endometrioza		ryczałt	7,52
1055	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
1056	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991473341	2023-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,81	36,10	36,10	Endometrioza		ryczałt	3,20
1057	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991487270	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,86	36,15	36,15	Endometrioza		ryczałt	3,20
1058	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,92	38,32	36,27	Endometrioza		ryczałt	5,25
1059	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	89,75	107,14	107,14	Endometrioza		ryczałt	8,96
1060	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	32,07	40,57	36,27	Endometrioza		ryczałt	7,50
1061	Dienogestum	Symdieno, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991392871	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,70	38,09	36,27	Endometrioza		ryczałt	5,02
1062	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	51,19	60,65	36,27	Endometrioza		ryczałt	27,58
1063	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,97	36,27	36,27	Endometrioza		ryczałt	3,20
1064	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
1065	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
1066	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
1067	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
1068	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
1069	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
1070	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
1071	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



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1072	Dinatryi pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	183,71	210,22	205,93	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,49
1073	Dinatryi pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	183,71	210,22	205,93	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,49
1074	Dinatryi pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	275,40	308,90	308,90	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1075	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	34,02	42,64	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	17,16
1076	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	58,05	71,36	71,36	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	21,41
1077	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 Alzheimera	87,88	105,20	105,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	31,56
1078	Donepezil hydrochloride	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,44	24,86	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,12
1079	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 Alzheimera	28,03	36,35	36,35	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,91
1080	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,38	37,76	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,28

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1081	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,69	19,87	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,13
1082	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990683666	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,86	36,17	36,17	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,85
1083	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990683581	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	15,04	20,24	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,50
1084	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	30,56	39,33	39,00	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,03
1085	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,08	36,40	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,92
1086	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,04	19,19	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,45
1087	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	23,49	31,58	31,58	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,47
1088	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,93	19,08	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,34
1089	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,62	36,97	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
1090	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,85	20,05	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,31
1091	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
1092	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
1093	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	30,43	38,87	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,39
1094	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	21,43	26,95	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	14,21
1095	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	29,70	38,11	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,63
1096	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	19,18	24,59	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,85
1097	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	29,70	38,11	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,63
1098	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby 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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1099	Domasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	05909990375813	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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 rzęsek	ryczałt	3,20
1100	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
1101	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
1102	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	2022-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory 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
1103	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
1104	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

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
1105	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
1106	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
1107	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
1108	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
1109	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

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
1110	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
1111	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
1112	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
1113	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
1114	Dorzolamidum + Timololum	Ofidorig, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144	2022-09-01	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	18,89	25,31	25,31	Jaskra		ryczałt	3,20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1115	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
1116	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory 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
1117	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
1118	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
1119	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
1120	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

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
1121	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
1122	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
1123	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
1124	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
1125	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
1126	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
1127	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
1128	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
1129	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



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1130	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
1131	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
1132	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
1133	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
1134	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
1135	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,07	44,60	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,04
1136	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,07	44,60	36,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	18,73
1137	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
1138	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1139	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
1140	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
1141	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
1142	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
1143	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
1144	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
1145	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
1146	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
1147	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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	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
1149	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
1150	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
1151	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
1152	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
1153	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
1154	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
1155	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
1156	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,34	68,95	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	23,11
1158	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,34	68,95	55,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	30,14
1159	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,89	14,71	14,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1160	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,89	14,71	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,41
1161	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
1162	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
1163	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
1164	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
1165	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

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
1166	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
1167	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
1168	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
1169	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
1170	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
1171	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
1172	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
1173	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
1174	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1175	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
1176	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
1177	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
1178	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
1179	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
1180	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
1181	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	17,97	23,20	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,92
1182	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	17,97	23,20	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,26
1183	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	55,08	66,57	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	20,73

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1184	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	55,08	66,57	55,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	27,76
1185	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
1186	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
1187	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0,75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,41	194,41	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	58,32
1188	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,41	194,41	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	58,32

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
1189	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,41	194,41	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	58,32
1190	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,41	194,41	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	58,32
1191	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	2022-07-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,13	14,27	13,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,89
1192	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	2022-07-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,26	26,96	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,19
1193	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,92	20,35	13,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,97
1194	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,84	39,12	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	20,35
1195	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,84	39,12	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	20,35
1196	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	63,69	75,63	53,61	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	38,10



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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1197	Duloxetine	Dulofer, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,64	14,80	13,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,42
1198	Duloxetine	Dulofer, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,28	28,04	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,27
1199	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	2023-05-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,85	15,17	14,36	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,12
1200	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	2023-05-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,71	28,72	28,72	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,62
1201	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,96	15,14	13,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,76
1202	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,92	28,70	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,93
1203	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,53	14,69	13,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,31
1204	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	2023-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,52	27,24	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,47
1205	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,06	27,80	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,03
1206	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	2023-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	41,04	51,85	51,85	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	15,56
1207	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,49	15,69	13,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	6,31
1208	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	29,82	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	11,05
1209	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,23	26,93	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,16
1210	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	29,82	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	11,05
1211	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	40,39	51,17	51,17	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	15,35
1212	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	45,96	57,03	53,61	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	19,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1213	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,47	43,48	40,21	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	15,33
1214	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	40,52	51,31	51,31	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	15,39
1215	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,53	14,69	13,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,31
1216	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,06	27,80	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,03
1217	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,39	39,20	39,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	11,76
1218	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,45	15,65	13,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	6,27
1219	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	29,82	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	11,05
1220	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,90	29,74	26,81	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,97
1221	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	45,96	57,03	53,61	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	19,50
1222	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,12	29,10	26,20	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	10,76
1223	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991456351	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,31	23,00	23,00	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	6,90
1224	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,30	22,99	22,99	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	6,90
1225	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	90 szt.	05909991460501	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	48,89	62,57	62,57	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	18,77

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1226	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	2023-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	22,68	29,88	27,69	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	10,50
1227	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	2023-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	68,04	83,08	83,08	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	24,92
1228	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991138509	<1>2022-11-01/<2>2022-05-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	146,99	170,38	166,26	<1>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie 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		30%	54,00
1229	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	4,69	6,55	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,19
1230	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	9,21	12,62	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,91

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1231	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	8,67	12,05	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,34
1232	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	16,04	21,61	21,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
1233	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	2,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,88
1234	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	5,82	7,74	5,56	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	5,38

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1235	Enoxaparinum natrium	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>2023-03-01 - 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 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	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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1236	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>2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	52,84	63,15	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	24,21

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1237	Enoxaparinum natriicum	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>2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	104,18	120,78	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	39,70

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1238	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>2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	144,00	164,87	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	41,65



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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1239	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>2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	185,39	210,05	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	45,76

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1240	Enoxaparinum natrium	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>2023-03-01 - 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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1241	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>2023-03-01 - 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 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	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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1242	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - 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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1243	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - 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
1244	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - 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
1245	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - 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 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	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
1246	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - 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
1247	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 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	6,40

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1248	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 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	8,00
1249	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	50,00	62,05	61,35	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,70
1250	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
1251	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	8,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1252	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,23	16,90	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,46
1253	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,96	24,21	24,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,11
1254	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,23	16,90	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,46
1255	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
1256	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	35,96	46,03	46,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,02
1257	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	8,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,95
1258	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755	2023-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,99	16,65	16,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,33
1259	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,85	17,55	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,11
1260	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762	2023-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	23,98	31,52	31,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,76
1261	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	8,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,63
1262	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	2021-09-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,21	16,88	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,44
1263	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
1264	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	16,94	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,50
1265	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
1266	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
1267	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	8,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,49

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
1268	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,99	16,65	16,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,33
1269	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
1270	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
1271	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 szasz.	05909990447619	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	26,68	31,14	11,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,28
1272	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,48	40,14	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	24,43
1273	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909991441678	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	24,30	30,51	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	14,80
1274	Estradiolum	Estrofem, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990330713	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	11,23	15,65	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,70
1275	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990823215	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,58	13,38	7,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,90
1276	Estradiolum	System 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
1277	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
1278	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	20,95	25,86	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1279	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
1280	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	2023-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,30	37,87	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,16
1281	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry System 50 + 4 plastry System Conti)	05909990444816	2023-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	22,94	29,08	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
1282	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
1283	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	2023-03-01	3 lata	240.0, Leki przeciwpłukowe - inne - etambutol	91,80	109,71	109,71	Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1284	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, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,56	7,98	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,02
1285	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, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,66	21,23	21,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,37
1286	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, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,72	8,14	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,18
1287	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, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	16,20	21,80	21,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
1288	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909991383817	2022-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,40	7,81	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,85

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
1289	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	8,04	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,08
1290	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	8,04	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,08
1291	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
1292	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
1293	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
1294	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
1295	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	75,01	51,26	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	23,75
1296	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	74,88	51,26	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	23,62
1297	Ezetimibum	Esetin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991388669	2022-05-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,36	22,82	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	13,20

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
1298	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	2023-03-01	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
1299	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	2023-03-01	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
1300	Ezetimibum	Ezechron, 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
1301	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
1302	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

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
1303	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
1304	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
1305	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
1306	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
1307	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



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
1308	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
1309	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	2023-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,30	19,61	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%	9,99
1310	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	2023-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,30	19,61	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%	9,99
1311	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	2023-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,30	19,61	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%	9,99
1312	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835	2022-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	9,83	13,73	12,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,54
1313	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828	2022-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	18,48	24,78	24,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40

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
1314	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 hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,40
1315	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 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%	29,67
1316	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 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%	32,24
1317	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2023-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145,0, Leki stosowane w leczeniu dny	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
1318	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2023-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145,0, Leki stosowane w leczeniu dny	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
1319	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

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
1320	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
1321	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 moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	30,77
1322	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 moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,04
1323	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 moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	19,53
1324	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,87	18,05	13,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,33
1325	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,29	12,79	6,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,93
1326	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
1327	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
1328	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
1329	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	2023-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	15,55	20,68	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,92

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
1330	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
1331	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	11,31	15,76	15,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
1332	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,90	18,95	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,19
1333	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,53	25,53	25,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,66
1334	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	37,07	48,18	48,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,45
1335	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	55,60	70,02	70,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,01
1336	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
1337	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
1338	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
1339	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
1340	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	37,07	47,13	47,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,14
1341	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	55,60	68,59	68,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,58
1342	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
1343	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
1344	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
1345	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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1346	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
1347	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	25,81	29,82	9,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	23,38
1348	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	27,16	32,98	19,27	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	19,49
1349	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
1350	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
1351	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

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
1352	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; Wieloozbajowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1353	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	33,38	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloozbajowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	8,93
1354	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; Wieloozbajowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1355	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	81,01	81,01	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloozbajowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1356	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1357	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1358	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 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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1359	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 przezskórnego	54,00	67,15	66,76	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,59
1360	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 przezskórnego	81,00	98,02	98,02	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1361	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 przezskórnego	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
1362	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	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
1363	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	56,05	69,30	66,76	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,74
1364	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	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
1365	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	54,00	67,15	66,76	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,59
1366	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	163,08	188,20	188,20	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	4,80
1367	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	79,97	96,94	96,94	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1368	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 2,9 ml (20 daw.)	05909990699735	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	355,16	394,56	394,56	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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
1369	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5 ml (40 daw.)	05909990699889	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	716,27	782,87	782,87	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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
1370	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 1,8 ml (10 daw.)	05909990699643	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	174,60	200,40	200,40	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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
1371	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; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1372	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	16,02	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,83
1373	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	33,38	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	6,54
1374	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	66,76	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	6,43



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1375	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 przeczskornego	85,05	102,28	100,14	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,34
1376	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	139,32	162,10	162,10	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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
1377	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	561,60	616,81	616,81	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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
1378	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	139,32	162,10	162,10	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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
1379	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	561,60	616,81	616,81	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1380	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
1381	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
1382	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
1383	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
1384	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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1385	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
1386	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	56,81	66,68	32,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	37,33
1387	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	144,62	167,91	162,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,37
1388	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	207,74	235,92	227,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,29
1389	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	95,69	109,81	52,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	60,93
1390	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	240,95	271,55	260,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,37
1391	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	343,35	381,47	364,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	20,14
1392	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	145,47	168,80	162,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1393	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
1394	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,81	28,77	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,77
1395	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990711987	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	65,42	79,93	78,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,93
1396	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	28,93	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,93
1397	Finasteridum	Androster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990906154	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	65,87	80,40	78,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,40
1398	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	28,76	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,76
1399	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	29,01	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,01
1400	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	79,25	78,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,25
1401	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	21,18	21,18	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1402	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991282288	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,32	25,10	25,10	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
1403	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	28,97	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,97
1404	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	80,54	78,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,54
1405	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	27,25	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,25
1406	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	102,81	102,81	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1407	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	29,09	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,09
1408	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	78,60	78,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1409	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	21,18	21,18	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1410	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	57,16	57,16	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1411	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	27,36	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,36
1412	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	27,29	24,45	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1413	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	28,72	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,72
1414	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990077267	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,54	28,49	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,49
1415	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990077274	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	63,76	78,19	78,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1416	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	28,87	24,45	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,62
1417	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	27,30	26,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,30
1418	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991107871	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	57,51	71,63	71,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1419	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,33	26,17	26,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1420	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	26,62	24,45	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,37
1421	Fluconazolum	Candifluc/Fluconazolum Aflofarm, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804	2021-07-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	19,44	26,65	26,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,33
1422	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	78,61	91,86	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	63,10

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
1423	Fluconazolom	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,65	24,54	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,35
1424	Fluconazolom	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	5,44	3,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,90
1425	Fluconazolom	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,66	11,92	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,30
1426	Fluconazolom	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	2022-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	40,13	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,75
1427	Fluconazolom	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,65	24,54	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,35
1428	Fluconazolom	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,80	12,60	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,01
1429	Fluconazolom	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219	2022-01-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,60
1430	Fluconazolom	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	50,76	62,62	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,86
1431	Fluconazolom	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	12,69	17,23	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,04
1432	Fluconazolom	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	25,38	32,76	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
1433	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	59,49	71,78	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	43,02
1434	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,23	19,90	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,71
1435	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,23	19,90	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,71
1436	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,61	10,30	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,71
1437	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798	2022-09-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,60
1438	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
1439	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
1440	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
1441	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
1442	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
1443	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
1444	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
1445	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
1446	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
1447	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	12,74	17,29	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,10
1448	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	25,49	32,87	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,49
1449	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	12,81	17,36	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,17
1450	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
1451	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
1452	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909990869763	2022-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	4,52	3,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
1453	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991365745	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	21,17	27,35	21,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,57
1454	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
1455	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
1456	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
1457	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,94	19,60	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,41
1458	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	2,89	4,06	3,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,52
1459	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	29,86	37,46	28,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,08
1460	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	6,75	9,39	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,80
1461	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
1462	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	19,56	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
1463	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
1464	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
1465	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
1466	Fluoxetinum	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
1467	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
1468	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
1469	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
1470	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,35	14,25	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,13
1471	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
1472	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
1473	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
1474	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	15,12	17,91	6,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	14,82

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1475	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296	2021-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpyschotyczne - flupentixol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,16	37,71	37,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1476	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	2022-01-01	3 lata	179.2, Leki przeciwpyschotyczne - flupentixol do podawania pozajelitowego	11,77	16,33	16,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1477	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
1478	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
1479	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
1480	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635	2022-05-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	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
1481	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	2021-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	23,76	30,16	24,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,73
1482	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	2022-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,88	15,75	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,54
1483	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839	2022-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,93	15,81	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,60
1484	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	62,77	30,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,21

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
1485	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	32,61	15,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,43
1486	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	99,56	61,52	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	43,37
1487	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	62,21	30,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	34,65
1488	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	29,03	12,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,93
1489	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	29,53	12,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,43
1490	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	58,87	30,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	31,31
1491	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	19,49	6,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,54
1492	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	103,58	61,52	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	47,39
1493	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	33,86	30,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,30
1494	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	64,45	61,52	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,26
1495	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001	2023-03-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,07	74,14	61,52	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,95
1496	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	41,55	30,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1497	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025	2023-03-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	122,15	142,28	123,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,92
1498	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	74,49	61,52	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,30
1499	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	83,70	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,74
1500	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	85,79	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,83
1501	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	2022-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,28	86,24	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,28
1502	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	2022-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,86	102,79	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,40
1503	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	70,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,22
1504	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
1505	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	86,24	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,28

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1506	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	234,54	231,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,07
1507	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	2020-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,86	102,79	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,40
1508	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	2022-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	255,96	287,47	277,76	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,31
1509	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557	2023-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,01	70,36	70,36	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1510	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595	2023-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	68,84	83,68	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,72
1511	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632	2023-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,30	102,22	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,83
1512	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	79,83	95,22	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,26
1513	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	96,16	113,61	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,22
1514	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	86,22	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,26

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1515	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	2021-05-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,84	102,77	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,38
1516	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
1517	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
1518	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	85,79	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,83
1519	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	2021-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,32	102,23	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,84
1520	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	86,23	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,27
1521	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966	2021-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,85	102,78	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,39
1522	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	70,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,21
1523	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	2023-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	72,36	87,38	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,42



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
1524	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	2023-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	88,02	105,06	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,67
1525	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	70,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,19
1526	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	91,01	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,05
1527	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	2021-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	92,88	110,16	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,77
1528	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	96,45	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,49
1529	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	106,92	124,91	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,52
1530	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	70,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,25
1531	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	70,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,39
1532	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	86,24	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,28

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1533	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	86,94	103,93	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,54
1534	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,74	85,68	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,72
1535	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,86	102,79	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,40
1536	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,69	81,42	77,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,46
1537	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,54	98,26	92,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,87
1538	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
1539	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
1540	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
1541	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
1542	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	227,16	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	76,37
1543	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	1362,95	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	379,34

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
1544	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	05997001308486	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	151,01	174,34	151,45	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	26,09

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
1545	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	05997001308493	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	226,50	255,79	227,16	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	31,83

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
1546	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	05997001308509	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	301,98	336,87	302,87	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	37,20

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
1547	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 300 j.m. (IU)/0,5 ml (22 µg/0,5 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007257	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	321,84	357,72	302,87	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	58,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1548	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	75,71	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	23,75



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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1549	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,5 ml (66 µg/1,5 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007240	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	965,52	1048,16	908,63	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	142,73

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
1550	Follitropinum alfa	Ovalep, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych	05909991088125	2022-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	276,85	310,48	302,87	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	10,81

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1551	Follitropinum alfa	Ovalep, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml	1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych	05909991088149	2022-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	832,64	908,63	908,63	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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
1552	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	276,48	310,09	302,87	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	10,42
1553	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	552,96	607,68	605,76	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1554	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
1555	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
1556	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981	2022-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,11	114,47	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1557	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
1558	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
1559	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
1560	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
1561	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
1562	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
1563	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
1564	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
1565	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681	2022-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,11	114,47	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
1566	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,48
1567	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inh., zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. a 120 daw.	05000456071505	2023-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	227,61	256,23	202,64	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewłękłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	114,38
1568	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
1569	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
1570	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
1571	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
1572	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,37	7,02	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1573	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
1574	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
1575	Gabapentimum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,88	16,69	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1576	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	35,64	46,00	46,00	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1577	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	47,52	59,84	59,84	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1578	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
1579	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	34,94	45,27	45,27	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1580	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 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
1581	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
1582	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
1583	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
1584	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
1585	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1586	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
1587	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
1588	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
1589	Ganirelixum	Ganirelix Gedeon Richter, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 0,25 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05997001372043	2022-11-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	78,84	95,42	95,42	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	47,71
1590	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 amp.-strz.	05909990880911	2021-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	105,30	123,21	95,42	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	75,50
1591	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
1592	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	2020-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1593	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	2020-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1594	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,59	10,68	5,49	Cukrzyca		ryczałt	8,39
1595	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2022-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1596	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	20,79	24,20	8,23	Cukrzyca		ryczałt	19,17
1597	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	13,23	16,26	8,23	Cukrzyca		ryczałt	11,23



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
1598	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	11,99	14,96	8,23	Cukrzyca		ryczałt	9,93
1599	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	17,98	22,19	12,35	Cukrzyca		ryczałt	14,64
1600	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2021-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	11,88	14,84	8,23	Cukrzyca		ryczałt	9,81
1601	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2021-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	23,76	28,94	16,46	Cukrzyca		ryczałt	18,88
1602	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	2022-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	19,32	23,60	12,35	Cukrzyca		ryczałt	16,05
1603	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
1604	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
1605	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299	2022-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	11,99	14,96	8,23	Cukrzyca		ryczałt	9,93
1606	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305	2022-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	23,98	29,16	16,46	Cukrzyca		ryczałt	19,10
1607	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
1608	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
1609	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

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
1610	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	2023-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	9,57	12,42	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,39
1611	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
1612	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
1613	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
1614	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
1615	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
1616	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
1617	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
1618	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
1619	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
1620	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
1621	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

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
1622	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
1623	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
1624	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
1625	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
1626	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
1627	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
1628	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
1629	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
1630	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
1631	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
1632	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
1633	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1634	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,72	11,46	4,12	Cukrzyca		ryczałt	10,54
1635	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
1636	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 - trójzotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	12,79	17,63	17,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1637	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 - trójzotan glicerolu - do podawania doustnego	5,72	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,16
1638	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882	2022-09-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	76,95	93,77	93,77	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	28,13
1639	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 szt.	05909991256210	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
1640	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 szt.	05909991256197	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
1641	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
1642	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	453,60	500,57	500,57	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	8,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1643	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
1644	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10.8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	657,58	714,74	520,59	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	203,11
1645	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 - haloperidol do podawania pozajelitowego	32,10	41,27	41,27	x	choroba Huntingtona	30%	12,38
1646	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2021-07-01	3 lata	177.3, Leki przeciwpowrotkowe - haloperidol do podawania pozajelitowego	32,10	41,27	41,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1647	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpowrotkowe - haloperidol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,65	5,36	5,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,61
1648	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpowrotkowe - haloperidol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,65	5,36	5,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1649	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.2, Leki przeciwpowrotkowe - haloperidol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,54	6,02	4,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	3,11
1650	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2022-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpowrotkowe - haloperidol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,54	6,02	4,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,86
1651	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.2, Leki przeciwpowrotkowe - haloperidol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,19	15,60	15,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	4,68
1652	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2022-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpowrotkowe - haloperidol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,19	15,60	15,60	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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1653	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 przeciwpyszotyczne - haloperidol do podawania doustnego - płynne postaci farmaceutyczne	4,31	6,06	5,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	2,31
1654	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	6,06	5,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,70
1655	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	2022-11-01	3 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	13,28	18,23	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,47
1656	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
1657	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
1658	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
1659	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	8,79	4,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,12
1660	Icatibantum	Firazyri, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	<1>2023-09-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2449,93	2630,25	2403,45	<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	230,00

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1661	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	2233,93	2403,45	2403,45	<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
1662	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	2023-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2025,00	2184,07	2184,07	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1663	Icatibantum	Icatibant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991469306	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2197,80	2365,51	2365,51	<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
1664	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	2023-01-01	2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2052,00	2212,42	2212,42	Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1665	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	2023-09-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	112,27	132,27	132,27	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	39,68

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
1666	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
1667	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	116,97	92,59	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	52,16
1668	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	118,10	92,59	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	53,29
1669	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
1670	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, Lek moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	8,26	10,75	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,60
1671	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621	2023-01-01	3 lata	36.0, Lek moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	12,83	17,08	14,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,78
1672	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398	2021-03-01	3 lata	36.0, Lek moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,75	7,07	7,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,12
1673	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013	2022-01-01	3 lata	36.0, Lek moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,47	9,05	8,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,32
1674	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907	2022-01-01	3 lata	36.0, Lek moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	8,25	10,74	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,59
1675	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121	2022-01-01	3 lata	36.0, Lek moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	8,10	11,65	11,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,50
1676	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014	2021-09-01	3 lata	36.0, Lek moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,03	7,36	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1677	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401	2022-09-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	15,10	20,54	20,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,16
1678	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
1679	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
1680	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
1681	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
1682	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
1683	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blister 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
1684	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, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	3,20
1685	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	2021-03-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	2202,12	2369,63	2350,41	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	22,42
1686	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
1687	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
1688	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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1689	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
1690	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
1691	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668	2023-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	65,88	79,22	63,92	Cukrzyca		ryczałt	18,50
1692	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 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
1693	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	2023-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	359,64	397,28	305,94	Cukrzyca typu 1 u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliny NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 7,5\%$ oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliny NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO); Cukrzyca typu 1 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży; Cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliny NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 7,5\%$ oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliny NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	183,12
1694	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562	2023-01-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	148,77	171,87	152,97	Cukrzyca typu 1 u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliny NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliny 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%	64,79

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
1695	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
1696	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	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
1697	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717	<1>2022-07-01/<2>2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	169,56	193,70	152,97	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ 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
1698	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	<1>2022-07-01/<2>2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	169,56	193,70	152,97	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ 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
1699	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2023-01-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	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 $\geq 8\%$ oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocej hipoglikemii oraz cukrzyca u dorosłych o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	207,20
1700	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	2023-03-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	275,72	310,87	310,87	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq 7,5\%$ , z otyłością definiowaną jako BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq 55$ lat dla mężczyzn, $\geq 60$ lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	93,26
1701	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	2023-03-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	360,72	400,13	388,82	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq 7,5\%$ , z otyłością definiowaną jako BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq 55$ lat dla mężczyzn, $\geq 60$ lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	127,96
1702	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	2022-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	70,20	83,76	63,92	Cukrzyca		ryczałt	23,04
1703	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	2022-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	107,46	125,49	95,88	Cukrzyca		ryczałt	33,61

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
1704	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
1705	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
1706	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
1707	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
1708	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
1709	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
1710	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
1711	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
1712	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
1713	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
1714	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
1715	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
1716	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
1717	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
1718	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
1719	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1720	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
1721	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
1722	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
1723	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
1724	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
1725	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
1726	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
1727	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
1728	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
1729	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
1730	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
1731	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
1732	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
1733	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
1734	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
1735	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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1736	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	2022-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	170,00	195,16	191,76	Cukrzyca		ryczałt	11,40
1737	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	14,10	19,27	19,27	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1738	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	11,55	14,85	9,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	8,41
1739	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	14,12	19,29	19,27	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,58
1740	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	13,93	19,09	19,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1741	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	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,30
1742	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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1743	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	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,58
1744	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	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,97
1745	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	13,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,05
1746	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
1747	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
1748	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
1749	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
1750	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
1751	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



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
1752	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991465377	2022-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,27	71,72	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,79
1753	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991452278	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,30	71,77	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,84
1754	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,32	71,78	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,85
1755	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	69,12	83,12	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	17,19
1756	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7.5 mg	56 szt.	05909991466046	2022-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,86	103,18	103,18	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

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
1757	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991351274	2021-05-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	86,35	103,70	103,70	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1758	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	86,35	103,70	103,70	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1759	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	86,40	103,75	103,70	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,25
1760	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	103,68	121,89	103,70	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	21,39
1761	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05901878600772	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,64	76,31	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,38

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
1762	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	67,85	81,78	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	15,85
1763	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	93,96	111,69	103,70	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	11,19
1764	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	101,84	119,96	103,70	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	19,46
1765	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,71	79,54	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	13,61
1766	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim, tabletki powlekane, 5 mg	56 szt.	05909991326470	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,61	79,43	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	13,50

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1767	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 7.5 mg	56 szt.	05909991326494	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	98,43	116,38	103,70	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	15,88
1768	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,64	76,31	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,38
1769	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powł., 7.5 mg	56 szt.	05909991322786	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	93,96	111,69	103,70	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	11,19
1770	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991398606	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	54,00	67,24	67,24	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1771	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powł., 7.5 mg	56 szt.	05909991398620	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	81,00	98,08	98,08	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

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
1772	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2020-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	59,40	72,91	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	6,98
1773	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654	2020-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	89,10	106,59	103,70	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	6,09
1774	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991329822	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	131,24	152,34	138,27	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	18,05
1775	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991329785	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,62	79,44	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	13,51
1776	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	196,86	223,73	207,40	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	22,30

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1777	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	98,43	116,38	103,70	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	15,88
1778	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,24	70,64	69,13	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	4,71
1779	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,86	103,18	103,18	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1780	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
1781	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulaty musujące, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	2022-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	23,11	25,86	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,00
1782	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	2022-01-01	3 lata	74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego	56,16	69,37	69,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,81
1783	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 - stale postacie farmaceutyczne	9,49	12,59	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	7,72

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1784	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	17,96	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,47
1785	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	11,65	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,78
1786	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	22,37	19,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	12,63
1787	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	21,09	14,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	13,79
1788	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	14,54	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,67
1789	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,75	7,94	6,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,70
1790	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1791	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	11,70	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,83
1792	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	14,18	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,31
1793	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	7,57	3,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,14
1794	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,47	15,08	6,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,22
1795	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	15,16	6,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,30
1796	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,95	29,69	13,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,97
1797	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,79	22,47	10,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,18
1798	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	37,42	43,78	20,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,20
1799	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990650521	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	7,57	3,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,14
1800	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	15,16	6,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,30
1801	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,81	22,49	10,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,20
1802	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991105563	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,09	12,58	6,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,72
1803	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991105549	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	16,20	19,75	10,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,46



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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1804	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	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
1805	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	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
1806	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	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
1807	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,05	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
1808	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 - lakoamid - 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
1809	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 - lakoamid - 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
1810	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 - lakoamid - 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
1811	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 - lakoamid - 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
1812	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 - lakoamid - 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

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
1813	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
1814	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
1815	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
1816	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	04260598450540	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	67,53	82,54	82,54	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1817	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	04260598450557	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	101,30	120,22	120,22	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
1818	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	04260598450564	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	135,06	157,44	157,44	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1819	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	04260598450533	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,43	12,02	12,02	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1820	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 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
1821	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

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
1822	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
1823	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
1824	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	05909991384234	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - 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
1825	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	05909991384241	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - 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
1826	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	05909991384258	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - 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
1827	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	05909991384197	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - 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
1828	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	05909990935505	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - 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
1829	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>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163,1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	24,81	24,81	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerezutami 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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1830	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,18	13,16	12,86	<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	3,50
1831	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,12	25,61	25,61	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
1832	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2023-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,23	25,72	25,72	Padaczka; 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	3,20
1833	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	23,65	30,36	25,72	<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	7,84
1834	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	47,30	58,21	51,44	<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	9,97
1835	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	2023-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	50,92	63,32	63,32	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1836	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	2023-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	12,97	17,79	15,83	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
1837	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	21,06	27,64	25,72	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przetrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,12
1838	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	2022-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	57,69	71,13	71,13	Padaczka oporna na leczenie; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przetrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1839	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	5,27	7,55	6,43	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przetrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,32
1840	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	10,53	14,58	12,86	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przetrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,92
1841	Lamotryginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	19,13	25,62	25,62	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przetrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1842	Lamotryginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	4,77	7,03	6,43	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przetrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,80
1843	Lamotryginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	9,56	13,56	12,86	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przetrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1844	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 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	5660,25	6046,05	6046,05	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	4,27
1845	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5660,25	6046,05	6046,05	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych		ryczałt	4,27
1846	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5660,25	6046,05	6046,05	<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
1847	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 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	4245,18	4541,66	4534,54	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	10,32
1848	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4245,18	4541,66	4534,54	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych		ryczałt	10,32
1849	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4245,18	4541,66	4534,54	<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
1850	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	18,12	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1851	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,13
1852	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,05
1853	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	15,97	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,64
1854	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
1855	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
1856	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
1857	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
1858	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

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
1859	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
1860	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
1861	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
1862	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	2022-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,92	42,00	37,93	Jaskra		ryczałt	7,27
1863	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
1864	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
1865	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
1866	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,30	94,83	94,83	Jaskra		ryczałt	8,00
1867	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
1868	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
1869	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,52	43,67	37,93	Jaskra		ryczałt	8,94
1870	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	103,56	122,18	113,80	Jaskra		ryczałt	17,98
1871	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
1872	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1873	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,35	40,58	31,61	Jaskra		ryczałt	12,17
1874	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
1875	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
1876	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
1877	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
1878	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
1879	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

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
1880	Latanoprostum + Timololum	Xaloptix 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
1881	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	50,76	62,79	56,64	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	9,35
1882	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	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
1883	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
1884	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	100,44	118,95	113,28	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	8,87
1885	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	46,44	58,25	56,64	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	4,81
1886	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
1887	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	47,52	59,39	56,64	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,95
1888	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	71,28	86,82	84,96	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,06
1889	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	95,04	113,28	113,28	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1890	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	95,04	113,28	113,28	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1891	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
1892	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	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1893	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,05	55,36	51,26	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,10
1894	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	60,14	51,26	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	8,88
1895	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201	<1>2022-01-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,60	60,14	51,26	<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	8,88
1896	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	131,76	153,77	153,77	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
1897	Letrozolum	Lametta, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2022-01-01/<2>2023-01-01 - 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	44,05	55,36	51,26	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,10
1898	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	175,82	201,73	201,73	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1899	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	43,96	55,27	51,26	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	4,01
1900	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	54,47	51,26	<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	3,21
1901	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
1902	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napel.)	05909990634057	2021-11-01 - dla kolumny 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
1903	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
1904	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
1905	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
1906	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
1907	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	48,60	59,69	50,23	Padaczka		ryczałt	13,02

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
1908	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	19,18	12,56	Padaczka		ryczałt	9,82
1909	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	24,30	31,14	25,12	Padaczka		ryczałt	9,22
1910	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	44,55	53,95	37,67	Padaczka		ryczałt	19,48
1911	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755	2022-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	91,76	107,01	72,23	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	37,98
1912	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2020-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	46,36	57,34	50,23	Padaczka		ryczałt	10,67
1913	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2020-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	23,18	29,96	25,12	Padaczka		ryczałt	8,04
1914	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	2023-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,32	71,90	71,90	Padaczka		ryczałt	3,20
1915	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	79,19	95,81	95,81	Padaczka		ryczałt	7,11
1916	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,59	50,23	50,23	Padaczka		ryczałt	3,56
1917	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	2021-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,77	26,38	25,12	Padaczka		ryczałt	4,46

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1918	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,89	13,96	12,56	Padaczka		ryczałt	4,60
1919	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,59	50,23	50,23	Padaczka		ryczałt	3,56
1920	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,80	26,41	25,12	Padaczka		ryczałt	4,49
1921	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
1922	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,68	38,34	37,67	Padaczka		ryczałt	3,87
1923	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,25	49,87	49,87	Padaczka		ryczałt	3,56
1924	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,81	13,88	12,56	Padaczka		ryczałt	4,52
1925	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,62	26,22	25,12	Padaczka		ryczałt	4,30
1926	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,43	38,08	37,67	Padaczka		ryczałt	3,61
1927	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1928	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
1929	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
1930	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
1931	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
1932	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
1933	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
1934	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	78,49	95,07	95,07	Padaczka		ryczałt	7,11
1935	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
1936	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
1937	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,25	49,87	49,87	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
1938	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
1939	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	58,87	72,54	72,54	Padaczka		ryczałt	5,33
1940	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
1941	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	79,19	95,81	95,81	Padaczka		ryczałt	7,11
1942	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,59	50,23	50,23	Padaczka		ryczałt	3,56
1943	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,89	13,96	12,56	Padaczka		ryczałt	4,60
1944	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,59	50,23	50,23	Padaczka		ryczałt	3,56
1945	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,79	26,40	25,12	Padaczka		ryczałt	4,48
1946	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,68	38,34	37,67	Padaczka		ryczałt	3,87
1947	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 - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,64	72,23	72,23	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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1948	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	96,48	113,96	100,46	Padaczka		ryczałt	20,61
1949	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	48,60	59,69	50,23	Padaczka		ryczałt	13,02
1950	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	12,15	16,33	12,56	Padaczka		ryczałt	6,97
1951	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	48,60	59,69	50,23	Padaczka		ryczałt	13,02
1952	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	24,30	31,14	25,12	Padaczka		ryczałt	9,22
1953	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,45	45,46	37,67	Padaczka		ryczałt	10,99
1954	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	2020-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,03	72,23	Padaczka		ryczałt	4,00
1955	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2021-03-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	29,81	38,42	36,12	Padaczka		ryczałt	5,50
1956	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	60,30	71,98	50,23	Padaczka		ryczałt	25,31
1957	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	15,08	19,41	12,56	Padaczka		ryczałt	10,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
1958	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,15	37,27	25,12	Padaczka		ryczałt	15,35
1959	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,23	54,67	37,67	Padaczka		ryczałt	20,20
1960	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2021-07-01 - 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	26,46	32,91	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	17,20
1961	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	08595566452292	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,40	14,34	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,92
1962	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929	2022-05-01 - 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	10,37	13,34	8,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,73
1963	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2021-07-01 - 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	14,04	17,97	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,12
1964	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943	2022-05-01 - 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	15,55	19,75	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,33
1965	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	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,41
1966	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600	2023-01-01 - 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	36,67	45,38	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	20,12
1967	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	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
1968	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	2022-05-01 - dla kolumny 12, 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	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,92
1969	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2022-05-01 - 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	14,85	18,83	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,98
1970	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726	2021-09-01 - 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	20,06	26,19	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,48
1971	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2021-09-01 - 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	30,08	38,17	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,60
1972	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,64
1973	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2021-01-01 - 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	19,63	25,74	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,03
1974	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2021-01-01 - 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	29,45	37,51	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	13,94
1975	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991060589	2022-03-01 - 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	9,81	13,53	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,68
1976	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	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,53
1977	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	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,57

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
1978	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, 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	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesięcy życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesięcy życia	30%	12,46
1979	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781720	2022-01-01 - 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	11,19	14,98	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesięcy życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesięcy życia	30%	7,13
1980	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2022-05-01 - 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	14,53	18,49	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesięcy życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesięcy życia	30%	10,64
1981	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,97	38,06	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesięcy życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesięcy życia	30%	14,49
1982	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	97,63	97,63	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
1983	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	53,14	49,40	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,94
1984	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	53,14	49,40	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,94
1985	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909991490843	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	79,81	96,38	96,38	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
1986	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	97,63	97,63	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56

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
1987	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	27,84	24,70	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,34
1988	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	27,84	24,70	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,34
1989	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	53,14	49,40	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,94
1990	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	80,51	80,51	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,44
1991	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	49,40	49,40	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,20
1992	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
1993	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	10,26	14,59	14,59	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
1994	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	5,13	7,63	7,63	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56
1995	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	12,83	17,86	17,86	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
1996	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	6,42	9,41	9,41	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1997	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	15,40	21,14	21,14	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
1998	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	7,70	11,19	11,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1999	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	8,99	12,97	12,97	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
2000	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	10,26	14,59	14,59	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2001	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	7,70	11,19	11,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2002	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	3,84	5,77	5,77	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,20
2003	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	10,31	14,65	14,65	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2004	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	5,15	7,65	7,65	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56
2005	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	5,15	7,65	7,65	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56
2006	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	2,57	3,86	3,86	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,20
2007	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	11,71	16,12	16,06	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,17
2008	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	6,36	8,93	8,03	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,46
2009	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	6,86	9,64	8,99	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,63
2010	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	14,63	19,75	19,75	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
2011	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	7,35	10,39	10,04	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,79
2012	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	7,64	10,90	10,90	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2013	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	15,72	21,48	21,48	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
2014	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	8,32	11,84	11,84	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2015	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	10,04	14,07	14,05	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,24
2016	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	10,97	15,34	15,34	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2017	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	7,55	9,09	4,02	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,27
2018	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	5,40	6,25	2,01	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,25
2019	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	10,62	13,39	8,03	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,92
2020	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	5,70	7,15	4,02	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,33
2021	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	11,05	14,70	12,05	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,98
2022	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	6,26	8,31	6,02	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,49
2023	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	6,52	8,88	7,07	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,01
2024	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	5,51	8,03	8,03	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56
2025	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	2022-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	6,45	9,44	9,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2026	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	7,88	11,37	11,37	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2027	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	5,18	6,60	4,02	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,78
2028	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	2022-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyrosyna do stosowania doustnego	4,97	6,96	6,02	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,14



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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2029	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	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,92
2030	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991477790	2022-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,15	13,61	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,90
2031	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	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,96
2032	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	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,01
2033	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	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,55
2034	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	2,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,65
2035	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	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,48
2036	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	2023-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,15	13,61	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,90
2037	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	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,68
2038	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	2,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2039	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	5,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,08
2040	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	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,17
2041	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	2,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,56
2042	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	5,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,25
2043	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	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,57
2044	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	2,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,60
2045	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,28	15,57	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,21
2046	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	24,16	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,45
2047	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	22,23	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,52
2048	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,53	14,80	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,44

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2049	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,93	21,79	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,08
2050	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,85	20,48	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	16,08
2051	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
2052	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
2053	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,29	12,60	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	5,40
2054	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	16,01	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,59
2055	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,92	30,51	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	13,68
2056	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,23	47,02	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	21,76
2057	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,10	16,13	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,71
2058	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,91	30,50	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	13,67
2059	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,96	44,64	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	19,38

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
2060	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,42	16,46	12,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	8,04
2061	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,88	15,42	10,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,92
2062	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	15,19	11,02	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%	7,48
2063	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	14,26	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż 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%	7,06
2064	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	14,26	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,06
2065	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	27,44	20,57	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%	13,04
2066	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	25,74	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,34
2067	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	13,40	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż 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%	6,20
2068	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	26,03	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2069	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	33,29	30,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,69
2070	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991296940	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,35	8,50	8,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	2,55
2071	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	14,39	11,02	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%	6,68
2072	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	13,60	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż 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%	6,40
2073	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	14,72	11,02	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%	7,01
2074	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	11,83	11,02	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%	4,12
2075	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	22,63	11,02	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%	14,92
2076	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,63	29,71	22,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,28
2077	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,63	29,71	22,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,28

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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2078	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,77	15,41	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,70
2079	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,63	29,71	22,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,28
2080	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,45	43,55	33,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,41
2081	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,77	15,41	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,70
2082	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,63	29,71	22,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,28
2083	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,45	43,55	33,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,41
2084	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,68	27,44	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,04
2085	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,02	13,40	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,20
2086	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,33	26,03	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,63
2087	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,48	38,07	30,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,47

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
2088	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,06	25,74	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,34
2089	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	25,89	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,49
2090	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,12	14,72	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,01
2091	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,54	27,52	22,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,09
2092	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,77	14,36	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,65
2093	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	14,28	3,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczykowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	11,70
2094	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	14,68	3,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczykowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	12,10
2095	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	199,98	227,73	227,73	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji	bezpłatny do limitu	0,00	

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
2096	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	199,98	227,73	227,73	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2097	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	199,98	227,73	227,73	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2098	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
2099	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101	2023-09-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	5,98	9,41	9,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2100	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963	2023-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	5,99	9,43	9,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2101	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
2102	Medroxyprogesteroni acetat	Provera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990155514	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	13,72	18,26	15,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,65
2103	Medroxyprogesteroni acetat	Provera, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990236411	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	6,66	9,25	7,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,94
2104	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
2105	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
2106	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



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2107	Megestrolu acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	2022-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2108	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	2021-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	20,30	27,02	27,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,51
2109	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	11,14	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,27
2110	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	14,69	14,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,39
2111	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	12,50	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,63
2112	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262	2022-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	9,67	9,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,84
2113	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279	2022-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,84	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,92

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
2114	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	5,73	4,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,30
2115	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	9,74	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,87
2116	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	7,50	4,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,07
2117	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	13,40	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,53
2118	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	5,11	4,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,68
2119	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	13,84	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,92

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2120	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	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,66
2121	Meloxicamum	Trosicam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909990866625	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,77	9,74	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,87
2122	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2022-11-01	3 lata	235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan	99,36	118,05	118,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2123	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m. FSH + 1200 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 2 amp.-strz.po 1ml	05909990812905	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1234,44	1337,80	1211,50	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	129,50

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2124	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m. FSH + 600 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 1 amp.-strz.po 1ml	05909990812981	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	616,68	674,58	605,76	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	72,02
2125	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp.-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219338	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,78	161,51	151,45	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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	13,26

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
2126	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	75,71	Kontrolowana hiperstimulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	12,13
2127	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	41,04	51,90	51,90	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2128	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	41,04	51,90	51,90	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2129	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	38,76	48,18	39,43	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,95
2130	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	44,76	20,77	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	27,19
2131	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	63,13	77,41	77,41	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,56
2132	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	87,24	41,54	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	48,90
2133	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	2022-03-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	38,18	47,59	38,77	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	12,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
2134	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
2135	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
2136	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
2137	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
2138	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
2139	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
2140	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
2141	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
2142	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	2022-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	76,68	87,82	35,82	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	55,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
2143	Mesalazinum	Pentasa, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sas.	05909990974184	2022-11-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	314,49	346,66	189,25	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	165,94
2144	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
2145	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
2146	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	126,21	147,64	147,64	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,11
2147	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
2148	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	63,10	77,38	77,38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,56
2149	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
2150	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
2151	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
2152	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
2153	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
2154	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2155	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2156	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
2157	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990765379	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2158	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990765386	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2159	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
2160	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990765393	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2161	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990765409	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2162	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
2163	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,28	16,20	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,04
2164	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	26,57	31,74	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	20,22
2165	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	24,30	29,36	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	17,84
2166	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,39	8,94	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,46
2167	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,99	16,95	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,79
2168	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,36	22,41	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,57
2169	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,53	12,81	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,49
2170	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,49	23,59	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,75
2171	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,79	20,42	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,90

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 pozarejestacyjnych 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	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,89	10,54	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,38
2173	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,85	15,57	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,73
2174	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991352417	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,68	29,82	29,44	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,78
2175	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991352400	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,31	16,77	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,25
2176	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2177	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2178	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2179	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2180	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
2181	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2182	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
2183	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
2184	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
2185	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
2186	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
2187	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
2188	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
2189	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,31	29,44	29,44	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2190	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,31	29,44	29,44	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi	30%	8,83	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2191	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2192	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
2193	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2194	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
2195	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2196	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,14	23,01	22,08	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,55
2197	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
2198	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
2199	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2200	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
2201	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2202	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
2203	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2204	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,56	12,12	11,04	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,39
2205	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
2206	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
2207	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2208	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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

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
2209	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2210	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990789306	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2211	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt. (2 blist. po 15 szt.)	05909990717248	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2212	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990789276	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2213	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990789290	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2214	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,04	36,43	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	24,91
2215	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist. po 15 szt.)	05909990624751	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2216	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist. po 15 szt.)	05909990624768	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,52	18,56	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,40
2217	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2218	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,27	27,56	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,72

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
2219	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
2220	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
2221	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
2222	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
2223	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
2224	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
2225	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
2226	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991415624	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	4,94	6,36	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,88
2227	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
2228	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

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
2229	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
2230	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,60	28,69	28,69	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2231	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2232	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
2233	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2234	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
2235	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,84	22,69	22,08	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,41
2236	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2237	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01	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	
2238	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	<1>2021-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2239	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	<1>2021-09-01/<2>2023-03-01	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
2240	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2241	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2242	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
2243	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,66	14,50	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,34
2244	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,22	28,22	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,70
2245	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2246	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,24	18,25	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,09
2247	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,86	27,13	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,29
2248	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2249	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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
2250	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2251	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2252	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2253	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,79	20,42	14,72	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,90
2254	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,89	10,54	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,38
2255	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,85	15,57	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,73
2256	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2257	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2258	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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

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
2259	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2260	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2261	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990457212	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2262	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990457229	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2263	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2264	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2265	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990457311	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2266	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990457328	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2267	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2268	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

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
2269	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedl. 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
2270	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedl. 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
2271	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedl. 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
2272	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
2273	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
2274	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
2275	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
2276	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
2277	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
2278	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

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
2279	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
2280	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,41	27,44	27,44	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2281	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,11	7,63	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,47
2282	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,21	14,56	14,56	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2283	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,31	21,09	21,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2284	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,21	14,56	14,56	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2285	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,55	3,85	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,37
2286	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,11	7,63	7,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,47
2287	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,66	11,17	11,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,33
2288	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,36	23,71	23,71	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2289	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991488215	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,34	6,55	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,49
2290	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,67	12,59	12,51	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,28
2291	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,01	18,15	18,15	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2292	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
2293	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
2294	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
2295	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
2296	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
2297	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
2298	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
2299	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
2300	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

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
2301	Methotrexatum	Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
2302	Methotrexatum	Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	72,30	87,34	87,34	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 ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	96,39	114,33	114,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2304	Methotrexatum	Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	144,59	167,24	167,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2305	Methotrexatum	Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	192,79	219,56	219,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2306	Methotrexatum	Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	240,98	271,30	271,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2307	Methotrexatum	Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	289,18	323,06	323,06	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 ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
2309	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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

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 0,25 ml	05909990922741	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
2311	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
2312	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, 2023-03-01 - 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
2313	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, 2023-03-01 - 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
2314	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, 2023-03-01 - 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
2315	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, 2023-03-01 - 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
2316	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, 2023-03-01 - 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
2317	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, 2023-03-01 - 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
2318	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	18,07	23,92	22,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,85



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 0,2 ml	05055565730911	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	24,09	31,25	29,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,76
2320	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	30,11	38,45	37,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,53
2321	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	36,15	45,65	44,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,31
2322	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	42,15	52,80	51,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,04
2323	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	48,19	59,72	59,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,53
2324	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	54,19	66,60	66,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2325	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	60,24	73,51	73,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2326	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	72,28	87,31	87,31	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 0,15 ml	05055565730898	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	72,28	87,31	87,31	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 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 0,2 ml	05055565730928	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	96,38	114,32	114,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2329	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	144,57	167,22	167,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2330	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	192,76	219,52	219,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2331	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	240,95	271,27	271,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2332	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	289,14	323,02	323,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2333	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	144,57	167,22	167,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2334	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	192,76	219,52	219,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2335	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	289,14	323,02	323,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2336	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	385,52	426,52	426,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83

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
2337	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	481,90	530,04	530,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2338	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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	578,28	633,54	633,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2339	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
2340	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
2341	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
2342	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
2343	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	05909990453825	2022-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,18	21,78	19,21	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,57
2344	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
2345	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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

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
2346	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	189,54	216,14	216,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2347	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	239,76	270,02	270,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2348	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,42	81,16	81,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2349	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991303617	2023-03-01	3 lata	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		ryczałt	42,67
2350	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	62,64	76,85	76,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	42,67
2351	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	15,64	21,21	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,67
2352	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	261,79	294,30	294,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2353	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	87,26	104,74	104,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2354	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	109,08	128,80	128,80	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
2355	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	392,69	435,21	435,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68
2356	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	130,90	152,87	152,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2357	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	152,71	176,89	176,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2358	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	523,58	576,11	576,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2359	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	174,53	200,39	200,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2360	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	654,48	717,01	717,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2361	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	218,16	247,34	247,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2362	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	261,79	294,30	294,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2363	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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	65,45	80,14	80,14	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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2364	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
2365	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
2366	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
2367	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
2368	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
2369	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
2370	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
2371	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
2372	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2373	Methylprednisoloni acetatas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	2022-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postaci o przedłużonym uwalnianiu	10,48	14,71	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,36
2374	Methylprednisoloni acetatas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	2022-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postaci o przedłużonym uwalnianiu	10,80	15,04	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,69
2375	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
2376	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
2377	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
2378	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	2022-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	24,49	32,07	32,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2379	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	2022-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,48	9,23	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,40
2380	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	2021-05-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	12,25	16,93	16,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,29
2381	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
2382	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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2383	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
2384	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,56	10,21	8,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,24
2385	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,51	6,97	4,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,08
2386	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,62	8,17	8,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2387	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,47	9,30	9,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,85
2388	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962	2023-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,41	25,90	25,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,77
2389	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	21,44	28,03	27,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,67
2390	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391	2022-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	37,91	48,33	48,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,50
2391	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2023-09-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,93	26,45	26,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,94
2392	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990883813	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,39	9,22	9,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,77
2393	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,16	25,64	25,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,69
2394	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2022-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	37,64	48,04	48,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,41
2395	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	2019-01-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	7,05	9,91	9,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,46
2396	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	2019-01-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	21,17	27,75	27,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	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
2397	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,39	9,22	9,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,77
2398	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,12	25,60	25,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,68
2399	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	13,28	18,12	18,12	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,44
2400	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	19,44	25,97	25,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,99
2401	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	388,80	430,95	430,95	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2402	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909991449568	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	388,80	430,95	430,95	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2403	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	388,80	430,95	430,95	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2404	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	388,80	430,95	430,95	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2405	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol. po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	2022-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	234,36	264,73	264,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2406	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
2407	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,96	17,49	15,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,44
2408	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
2409	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawek	05909991195366	2021-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	12,57	16,87	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
2410	Mometasoni fuoas	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	16,35	16,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2411	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004	2023-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,72	15,98	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,73
2412	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	2023-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	24,57	32,12	32,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,06
2413	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	2022-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	21,60	28,75	28,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,38
2414	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	2023-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	15,12	19,93	16,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,48
2415	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	2021-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,42	17,09	16,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,64
2416	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275	2023-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,31	14,50	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,25
2417	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688	2023-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,31	14,50	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,25
2418	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	2021-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	20,63	27,41	27,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,71
2419	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	15,79	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,90
2420	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,52	22,31	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,69
2421	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
2422	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,08	26,05	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,43
2423	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2424	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
2425	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
2426	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
2427	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
2428	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
2429	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
2430	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
2431	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,36	22,15	22,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,65
2432	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

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
2433	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
2434	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991472023	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,66	21,66	21,66	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,50
2435	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
2436	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991472030	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	31,32	40,97	40,97	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,29
2437	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
2438	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
2439	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
2440	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,79	24,70	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,08
2441	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	7,13	10,08	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,84

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	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,68	12,22	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,41
2443	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	19,44	25,38	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,76
2444	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	10,26	13,35	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,11
2445	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	12,95	16,70	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,89
2446	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,69	22,49	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,87
2447	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,97	9,90	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,66
2448	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,66	12,19	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,38
2449	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; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulgalgia		ryczałt	4,57
2450	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2451	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 – kausalgia		ryczałt	3,20
2452	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
2453	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 – kausalgia		ryczałt	6,40
2454	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
2455	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 – kausalgia		ryczałt	3,63
2456	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
2457	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 – kausalgia		ryczałt	3,20
2458	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
2459	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
2460	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
2461	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2462	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
2463	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; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,09
2464	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
2465	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; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	6,40
2466	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
2467	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; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	12,80
2468	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
2469	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	35,55	45,42	45,42	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
2470	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	35,55	45,42	45,42	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2471	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	71,11	86,63	86,63	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,84

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	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	71,11	86,63	86,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2473	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o niemodyfikowanym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	3,20
2474	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o niemodyfikowanym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2475	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>2023-01-01 - 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, 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	127,58
2476	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>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	107,68	124,20	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, 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
2477	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	107,68	124,20	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, 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



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2478	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>2023-01-01 - 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 układuły; twardzina układuły; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkank 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
2479	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>2023-01-01 - 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 układuły; twardzina układuły; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkank 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
2480	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsulki 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 układuły; twardzina układuły; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkank 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
2481	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powłokane, tabl. powł., 500 mg	50 szt. (blistery)	05909990715268	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - 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 układuły; twardzina układuły; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkank 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

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
2482	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>2023-01-01 - 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, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	7,00
2483	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - 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, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	7,00
2484	Nabumetonom	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,15	14,17	4,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,74
2485	Nabumetonom	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	41,05	14,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,75

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2486	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	53,88	64,24	42,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepialnych 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	25,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
2487	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	71,82	84,51	56,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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	31,52

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2488	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	107,73	124,51	84,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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	43,43

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
2489	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	138,24	158,25	112,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepialnych 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	49,08

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2490	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	170,73	193,52	140,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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	56,61

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2491	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	197,24	222,49	168,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepialnych 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	58,20



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
2492	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	265,25	295,61	224,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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	76,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2493	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	322,49	356,86	280,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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	83,04
2494	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powł., 200 µg	28 szt.	05060431940073	2023-01-01	2 lata	253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych	212,76	241,48	241,48	Leczenie zaparć 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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2495	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	18,93	14,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,63
2496	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	36,59	29,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,98
2497	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	10,32	7,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,67
2498	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	28,23	21,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,27
2499	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	20,10	14,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,80
2500	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	10,26	7,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2501	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	16,77	12,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,68
2502	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	10,26	7,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,61
2503	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186	2023-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	18,94	14,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,64
2504	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,78	8,17	7,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,52
2505	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,56	15,77	14,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,47
2506	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
2507	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

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
2508	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	14,65	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,78
2509	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860685	2022-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	19,39	14,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,09
2510	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	9,48	5,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,80
2511	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,74	21,43	16,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,40
2512	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	18,61	10,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,26
2513	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,48	41,17	32,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,10

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2514	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	7,22	5,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,54
2515	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	14,17	10,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,82
2516	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	20,83	16,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,80
2517	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	32,34	39,98	32,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,91
2518	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
2519	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,40	41,81	41,81	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2520	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

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
2521	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	56,16	69,35	69,35	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2522	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
2523	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	25,49	33,67	33,67	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2524	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
2525	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	8,38	10,26	4,45	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,01
2526	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	12,84	15,87	7,69	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,38
2527	Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909990619658	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	9,40	13,49	13,49	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2528	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
2529	Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990619672	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,93	21,76	21,76	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2530	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
2531	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	2022-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,78	11,14	11,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2532	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,23	13,72	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,48
2533	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,79	12,38	12,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,32
2534	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	2021-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,28	23,18	23,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2535	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,16	11,56	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,32
2536	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,45	22,07	22,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2537	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	32,90	42,00	42,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,95
2538	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	2021-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,37	15,97	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,73



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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2539	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	2021-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,36	24,08	22,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,17
2540	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	2022-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,15	16,79	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,55
2541	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	2021-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,44	16,04	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,80
2542	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,10	15,69	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,45
2543	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865	2022-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,88	15,45	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,21
2544	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	2023-03-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,61	13,07	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,83
2545	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,42	22,04	22,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2546	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	2022-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,23	11,62	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,38
2547	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	2023-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	12,27	12,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,21
2548	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	2021-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,78	39,24	39,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2549	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	2021-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,18	12,79	12,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,73
2550	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	2022-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,13	17,82	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,58

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
2551	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	7,86	3,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,04
2552	Nimesulidum	Aulin, granulaty 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
2553	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	15,69	7,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,04
2554	Nimesulidum	Nimesil, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz. po 2 g	05909991040338	2022-01-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,64	17,42	17,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,71
2555	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	5,09	3,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,57
2556	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	10,15	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	5,91
2557	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	8,00	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	3,76
2558	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	15,52	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	7,04
2559	Norethisteroni acetas + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,14	22,91	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,96

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
2560	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 - oktreotydyd	560,76	616,03	605,66	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 hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,57
2561	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 - oktreotydyd	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 hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,44
2562	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 - oktreotydyd	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 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
2563	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 - oktreatyd	43,20	52,28	30,28	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynych innych niż określone w ChPL	ryczałt	25,20
2564	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 - oktreatyd	32,40	38,46	15,14	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynych innych niż określone w ChPL	ryczałt	26,52
2565	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 - oktreatyd	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 oktreatydem 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 neuroendokrynymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanej ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynych innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,57
2566	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 - oktreatyd	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 oktreatydem 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 neuroendokrynymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanej ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynych innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
2567	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 zadowolająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części przjelita 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
2568	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
2569	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 wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,37
2570	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
2571	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
2572	Olanzapinum	Anzarin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,16	71,15	71,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2573	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
2574	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2575	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,08	37,74	37,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2576	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,14	87,93	87,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2577	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991461294	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,58	88,38	88,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2578	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,56	91,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2579	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	144,29	167,68	167,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2580	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,15	168,59	168,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2581	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,90	173,58	173,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2582	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	47,95	46,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,71
2583	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,95	90,88	90,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2584	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,29	78,63	78,63	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2585	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,29	78,63	78,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2586	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2023-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	86,18	104,75	104,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2587	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2023-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	114,91	136,84	136,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2588	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,64	41,48	41,48	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2589	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,64	41,48	41,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2590	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
2591	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
2592	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,88	91,85	91,85	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2593	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,88	91,85	91,85	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2594	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2595	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	271,62	304,42	304,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2596	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
2597	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,27	46,34	46,34	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2598	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2599	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	135,00	156,97	156,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,23
2600	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,93	55,16	55,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2601	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,40	78,73	78,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2602	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,47	29,75	29,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2603	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,62	94,74	92,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,05
2604	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



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2605	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
2606	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,31	49,54	46,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,30
2607	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
2608	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
2609	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,46	72,51	72,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2610	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,46	72,51	72,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2611	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,73	38,44	38,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2612	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,71	88,53	88,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2613	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,21	44,18	44,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2614	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,53	82,05	82,05	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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2615	Olanzapinum	Olaxaz, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,26	43,18	43,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2616	Olanzapinum	Olaxaz Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,53	82,05	82,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2617	Olanzapinum	Olaxaz 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
2618	Olanzapinum	Olaxaz 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
2619	Olanzapinum	Olaxaz Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,26	43,18	43,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2620	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,12	84,76	84,76	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2621	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,48	43,41	43,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2622	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	309,66	345,32	345,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95
2623	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
2624	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,78	93,85	92,89	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,16

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2625	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,92	100,73	99,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,41
2626	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,03	181,06	181,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2627	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	167,83	192,83	192,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2628	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	251,75	283,01	283,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2629	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	154,83	178,75	178,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2630	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
2631	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,89	49,09	46,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,85
2632	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,96	52,67	49,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,11
2633	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,52	94,63	92,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,94
2634	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,92	100,73	99,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2635	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	125,87	146,83	146,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,80
2636	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	81,35	97,60	92,89	Schizofrenia	choroba Huntingtona	ryczałt	7,91
2637	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	44,17	58,56	58,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2638	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,03	63,66	63,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2639	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	80,22	80,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2640	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,74	89,61	89,61	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2641	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,74	89,61	89,61	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2642	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	192,77	219,71	219,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,47
2643	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	192,77	219,71	219,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,47
2644	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

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
2645	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
2646	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
2647	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
2648	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
2649	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,52	34,01	34,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2650	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,87	46,97	46,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,73
2651	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,87	46,97	46,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,73
2652	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,39	114,51	114,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,73
2653	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,39	114,51	114,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,73
2654	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	337,48	375,08	375,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	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
2655	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	87,16	104,13	99,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,81
2656	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	87,16	104,13	99,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,81
2657	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	261,47	293,21	293,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2658	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	126,52	147,52	147,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2659	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	379,57	420,31	420,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,40
2660	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	168,70	193,75	193,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2661	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	506,09	556,23	556,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,20
2662	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	168,74	193,79	193,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2663	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,58	54,37	49,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,81
2664	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,99	50,60	49,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,04

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
2665	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,73	151,94	149,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,46
2666	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,99	73,66	73,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2667	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	314,98	350,91	350,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95
2668	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,73	96,95	92,89	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,26
2669	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	237,57	267,71	267,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,96
2670	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
2671	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
2672	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
2673	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
2674	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

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
2675	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
2676	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,49	181,54	181,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2677	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,36	50,64	46,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,40
2678	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	118,78	138,98	138,98	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,48
2679	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,02	95,58	95,58	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2680	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2681	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2022-11-01	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
2682	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2022-11-01	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
2683	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2022-11-01	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
2684	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2022-11-01	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



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2685	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,19	49,76	49,76	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2686	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2687	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,72	93,78	92,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,09
2688	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,25	181,29	181,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2689	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
2690	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
2691	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
2692	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
2693	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,89	46,99	46,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,75
2694	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,81	92,83	92,83	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
2695	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,91	78,24	78,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2696	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
2697	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
2698	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	40,92	40,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2699	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 psychicznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
2700	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686827	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	785,78	858,20	858,20	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychicznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
2701	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686834	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1060,84	1154,23	1154,23	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychicznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	4,32
2702	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	175,13	132,27	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	82,54

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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2703	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	169,31	132,27	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	76,72
2704	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	11,32	11,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,66
2705	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	19,25	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,92
2706	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,55	25,88	25,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,22
2707	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2708	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	15,85	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,52
2709	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	25,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,64
2710	Omeprazolom	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,10	11,89	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,95
2711	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,59
2712	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	13,91	17,99	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,66

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2713	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	37,40	46,40	40,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	26,06
2714	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	25,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,80
2715	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	9,02	9,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,51
2716	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
2717	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	10,16	10,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,08
2718	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2719	Omeprazolom	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	20,39	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,06
2720	Omeprazolom	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	25,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	18,75
2721	Omeprazolom	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	18,67	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,34
2722	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,18	8,82	8,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2723	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2724	Omeprazolom	Progastim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990635450	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,21	14,10	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,77
2725	Omeprazolom	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,79	15,76	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,43
2726	Omeprazolom	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359	2023-01-01 - 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	22,57	29,05	25,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	16,39
2727	Omeprazolom	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990796533	2023-01-01 - 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	22,57	29,05	25,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	16,39
2728	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	34,45	43,07	36,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,00
2729	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	17,23	22,53	18,14	Nowotwory złośliwe		ryczałt	7,59
2730	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	27,97	36,27	36,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2731	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	43,07	36,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,00
2732	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	33,92	18,14	Nowotwory złośliwe		ryczałt	18,98

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
2733	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	56,80	36,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	23,73
2734	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	55,10	36,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	22,03
2735	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	23,95	23,95	Padaczka		ryczałt	3,20
2736	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	45,53	45,53	Padaczka		ryczałt	3,20
2737	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	71,28	86,82	86,82	Padaczka		ryczałt	3,20
2738	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	38,63	48,67	47,90	Padaczka		ryczałt	3,97
2739	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	79,92	95,90	95,80	Padaczka		ryczałt	3,30
2740	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
2741	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
2742	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
2743	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	21,20	17,68	Stwardnienie rozsiane		30%	8,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2744	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	6,11	8,84	8,84	Stwardnienie roziane		30%	2,65
2745	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofam, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	12,23	16,91	16,91	Stwardnienie roziane		30%	5,07
2746	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; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	12,19
2747	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
2748	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; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	15,27
2749	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
2750	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; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	19,91
2751	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
2752	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; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	27,34
2753	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
2754	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; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	9,33
2755	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
2756	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; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	11,73

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
2757	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
2758	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
2759	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
2760	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; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	7,67
2761	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
2762	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; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	15,97
2763	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
2764	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; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,07
2765	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
2766	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; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
2767	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
2768	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; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,41
2769	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



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2770	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; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,20
2771	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
2772	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 – kausalgia		ryczałt	6,83
2773	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
2774	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2023-01-01	3 lata	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 – kausalgia		ryczałt	3,76
2775	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,69	38,54	37,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,76
2776	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2023-01-01	3 lata	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 – kausalgia		ryczałt	4,86
2777	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	63,44	77,61	75,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,86
2778	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	134,46	156,18	151,90	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	7,69
2779	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	134,46	156,18	151,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,69
2780	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2023-01-01	3 lata	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
2781	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,06	22,66	18,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2782	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	279,94	312,94	303,80	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	15,97
2783	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2023-01-01	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
2784	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	73,40	89,28	89,28	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2785	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	154,68	178,62	178,56	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,06
2786	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	309,36	345,04	345,04	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2787	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	36,70	46,83	44,64	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	2,19
2788	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
2789	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
2790	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
2791	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	18,47	24,74	22,32	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	2,42
2792	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	82,08	98,39	89,28	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	9,11
2793	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 poopoioidowe		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
2794	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 poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2795	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	36,72	46,84	44,64	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	2,20
2796	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188713	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	482,72	530,46	480,64	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	49,82
2797	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188720	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	730,05	795,72	720,96	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	74,76
2798	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188706	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	359,07	397,85	360,48	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	37,37
2799	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009065	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	434,16	479,48	479,48	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
2800	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009058	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	658,37	720,46	720,46	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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2801	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009089	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	211,68	240,32	240,32	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
2802	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009072	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	323,42	360,43	360,43	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
2803	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. 1 ml	05909991475468	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	482,72	530,46	480,64	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	49,82
2804	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. 1,5 ml	05909991475475	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	730,05	795,72	720,96	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	74,76
2805	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. 0,75 ml	05909991475420	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	359,07	397,85	360,48	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	37,37
2806	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg	1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły	05909991281465	2022-01-01	2 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	1221,92	1324,75	1264,08	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	60,67
2807	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg	1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły	05909991281472	2022-01-01	2 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	1626,12	1755,38	1682,24	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	73,14

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
2808	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg	1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły	05909991281489	2022-01-01	2 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	2439,18	2618,81	2523,36	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	95,45
2809	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861194	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	507,60	556,59	480,64	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	75,95
2810	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861200	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	773,23	841,06	720,96	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	120,10
2811	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861187	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	380,67	420,53	360,48	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	60,05
2812	Pancreatinum	Lipanrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2022-09-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	36,95	47,12	47,12	<2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	14,14
2813	Pancreatinum	Lipanrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2022-09-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	36,95	47,12	47,12	<1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2814	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,90
2815	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	19,22	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,89
2816	Pantoprazolum	Contix, tabl. powł., 20 mg	112 szt.	05909991246525	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2817	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	3,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,01
2818	Pantoprazolum	Contix, tabl. powł., 40 mg	112 szt.	05909991246532	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - 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
2819	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,87
2820	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	3,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,17
2821	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,33
2822	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,59
2823	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	17,02	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,69
2824	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,77	6,93	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,77
2825	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,16	13,00	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,67
2826	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,69

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2827	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	19,14	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,81
2828	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,83
2829	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	15,52	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,19
2830	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	20,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,46
2831	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	39,22	39,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	19,61
2832	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	16,86	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,53
2833	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,56
2834	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,32	11,07	11,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,54
2835	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	11,09	11,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,55
2836	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	16,99	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,66

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2837	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,64	20,72	20,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,36
2838	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
2839	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	25,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	19,65
2840	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,32	6,46	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,30
2841	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	2023-01-01 - 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	9,49	13,34	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,01
2842	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,64	12,45	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,23
2843	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	2023-01-01 - 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	18,99	25,29	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,65
2844	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - 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
2845	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	12,27	12,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,14
2846	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,46	7,65	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,49



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
2847	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,96	14,89	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,56
2848	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,63
2849	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	12,89	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,56
2850	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	13,25	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,92
2851	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,54	6,69	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,53
2852	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,96	12,79	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,46
2853	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,18
2854	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	11,21	11,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,61
2855	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	12,23	12,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,12
2856	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
2857	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,57
2858	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	13,43	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,10
2859	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	19,00	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,67
2860	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	6,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,51
2861	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	16,87	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,54
2862	Paroxetine	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
2863	Paroxetine	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
2864	Paroxetine	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
2865	Paroxetine	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 tabl.	05909991323615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,96	12,80	12,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,84
2866	Paroxetine	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	60 tabl.	05909991323646	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	17,93	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,26
2867	Paroxetine	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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2868	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
2869	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
2870	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
2871	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
2872	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990126217	2023-03-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	64,80	79,34	79,34	Choroba Wilsona		ryczałt	3,20
2873	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	7,45	10,61	10,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2874	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	14,90	20,20	20,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2875	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	2,16	2,78	1,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,00
2876	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	2023-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	3,02	4,45	4,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2877	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	3,62	5,32	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2878	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	9,69	12,96	10,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,28
2879	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	2,71	3,36	1,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,58
2880	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2020-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	4,84	6,60	5,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,26
2881	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,09

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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2882	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,09
2883	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	12,07	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,71
2884	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	12,07	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,71
2885	Perindopril tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	25,63	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	20,92
2886	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	2,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,90
2887	Perindopril tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	15,81	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,45
2888	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	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,44
2889	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	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	29,95
2890	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	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,38
2891	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,78	31,07	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,36

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2892	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,78	31,07	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,36
2893	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,55	20,05	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,69
2894	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,55	20,05	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,69
2895	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	40,33	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	35,62
2896	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,46	26,26	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,90
2897	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	40,33	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	35,62
2898	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,46	26,26	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,90
2899	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2023-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	4,27	6,27	6,27	Padaczka		ryczałt	3,20
2900	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
2901	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	2023-01-01 - 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	21,38	28,32	28,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	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
2902	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	45,81	57,41	57,41	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
2903	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	8,38	7,55	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	4,03
2904	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	19,89	19,76	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	3,33
2905	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	12,31	11,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	4,18
2906	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
2907	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	44,10	55,44	55,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2908	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	13,50	18,52	18,52	Jaskra		30%	5,56
2909	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	26,59	23,08	Choroba i zespół Parkinsona		30%	10,43
2910	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	234,36	264,73	264,73	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
2911	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	709,84	707,01	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	6,03
2912	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	800,56	707,01	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	96,75

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
2913	Posaconazolom	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	645,30	707,01	707,01	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 ziarniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20
2914	Posaconazolom	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	637,20	698,50	698,50	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20



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
2915	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	646,92	708,71	707,01	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	4,90
2916	Pramipexolum	Oprymeia, 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 - agonści receptorów dopaminowych	18,79	25,12	22,62	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%	9,29
2917	Pramipexolum	Oprymeia, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	46,01	57,57	55,39	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%	18,80
2918	Pramipexolum	Oprymeia, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	68,04	83,08	83,08	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	24,92

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2919	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	92,02	109,88	109,88	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%	32,96
2920	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	ryczałt	7,14
2921	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	ryczałt	4,27
2922	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1><2><3>2020-11-01/<4>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5. Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	9,29	10,22	1,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,22
2923	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2020-11-01	3 lata	82.5. Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	9,29	10,22	1,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,76
2924	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1><2><3>2023-09-01/<4>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5. Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	20,20	25,07	14,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	13,71
2925	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2022-11-01	3 lata	82.5. Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	20,20	25,07	14,56	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	10,51

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
2926	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1><2><3>2023-09-01/<4>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	27,00	34,39	29,12	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	9,54
2927	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2022-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	27,00	34,39	29,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,27
2928	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2021-11-01 - dla kolumny 12, <1><2>03-01/<2><4>2022-09-01/<3>2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	28,08	36,40	36,40	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
2929	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2021-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	28,08	36,40	36,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2930	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2022-11-01 - dla kolumny 12, <1><2><3>2023-09-01/<4>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	12,20	15,08	7,28	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	11,00
2931	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2022-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	12,20	15,08	7,28	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,80
2932	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	23,36	13,64	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2933	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	80,35	93,18	54,56	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	41,82
2934	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	84,24	97,26	54,56	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	45,90
2935	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	97,40	54,56	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	46,04
2936	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	13,46	6,82	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,84
2937	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	47,91	27,28	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	23,83
2938	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	40,18	47,91	27,28	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	23,83
2939	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	86,10	99,53	58,46	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	44,27
2940	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	43,05	51,16	29,23	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	25,13
2941	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	25,92	34,03	34,03	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2942	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	31,32	41,70	41,70	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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2943	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	38,88	51,07	51,07	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,98
2944	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	14,58	18,96	13,64	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,52
2945	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	20,52	27,28	27,28	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2946	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	105,84	121,02	68,20	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	56,55
2947	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	52,92	62,11	34,10	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	31,21
2948	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	51,84	63,56	52,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	14,28
2949	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	103,68	121,99	105,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	23,42
2950	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	88,13	105,68	105,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2951	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	25,92	33,19	26,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	9,97
2952	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	13,93	17,21	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,48

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
2953	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 przeciwiarytmiczne 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
2954	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909991033507	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,89	4,72	2,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki wczesnoniemowłące u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki płaskie; naczyńniki jamiste	ryczałt	4,72
2955	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg	50 szt.	05909991033590	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	6,09	8,81	8,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki wczesnoniemowłące u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki płaskie; naczyńniki jamiste	ryczałt	3,20
2956	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	4,72	2,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki wczesnoniemowłące u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki płaskie; naczyńniki jamiste	ryczałt	4,72
2957	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	8,81	8,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki wczesnoniemowłące u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki płaskie; naczyńniki jamiste	ryczałt	3,20
2958	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2022-01-01	3 lata	113.0, Leki przeciwpłatkowe - inne - pyrazinamid	135,00	157,34	157,34	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
2959	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostrygminy	98,13	116,69	116,69	Miastenia		ryczałt	5,33
2960	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostrygminy	98,13	116,69	116,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,01
2961	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 100 mg	60 tabl.	05909990910762	2022-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpowrotne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,96	50,36	43,44	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,12
2962	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 200 mg	60 tabl.	05909990910779	2022-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpowrotne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,92	96,29	86,89	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,60
2963	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 25 mg	30 tabl.	05909990897780	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpowrotne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,83	8,09	5,43	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z odepnięciem	ryczałt	5,86

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2964	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,94	42,99	42,99	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2965	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,96	82,68	82,68	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2966	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,51	7,76	5,43	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	ryczałt	5,53
2967	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
2968	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
2969	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
2970	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
2971	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	43,44	Schizofrenia		ryczałt	6,49
2972	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	86,89	Schizofrenia		ryczałt	5,34
2973	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990806355	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,72	7,97	5,43	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	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
2974	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990722365	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,37	45,54	43,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,30
2975	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990722426	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,74	86,65	86,65	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2976	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
2977	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	43,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,57
2978	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	86,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,39
2979	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990055531	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,83	8,09	5,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z odepiciem	ryczałt	5,86
2980	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	130,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,10
2981	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	65,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,46
2982	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	86,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,38
2983	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	130,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,92



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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2984	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
2985	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	21,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,59
2986	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,83	78,08	72,40	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,88
2987	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990058778	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,01	25,39	21,72	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,87
2988	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,64	50,02	43,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,78
2989	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	127,44	148,87	144,81	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,39
2990	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990058754	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,48	47,76	43,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,52
2991	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,22	93,45	86,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,76
2992	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	25,76	18,10	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	ryczałt	10,86
2993	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,27	132,28	130,33	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,75

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
2994	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,49	43,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,25
2995	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	82,08	98,55	86,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,86
2996	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,94	8,21	5,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	ryczałt	5,98
2997	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,74	90,85	86,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,16
2998	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,10	132,11	130,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,58
2999	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,47	173,30	173,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3000	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,34	13,26	10,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,60
3001	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 przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,48	47,76	43,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,52
3002	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 przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,96	91,08	86,89	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,39
3003	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,41	5,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	ryczałt	5,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3004	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	130,33	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,92
3005	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,89	69,08	65,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,12
3006	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	86,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,93
3007	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	130,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,24
3008	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
3009	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	21,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,52
3010	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	43,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,25
3011	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	65,16	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,08
3012	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	86,89	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,86
3013	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,92	8,19	5,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	ryczałt	5,96

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3014	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	123,12	143,68	130,33	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	18,15
3015	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,60	69,83	65,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,87
3016	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	2022-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,75	86,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,06
3017	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	2022-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,47	130,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,94
3018	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	2022-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	151,20	175,13	173,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,76
3019	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	10,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,60
3020	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	43,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,11
3021	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	86,89	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,45
3022	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,61	7,86	5,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,63
3023	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	130,33	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,58

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3024	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991358570	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,52	69,75	65,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,79
3025	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991358648	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,94	82,66	82,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3026	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991358792	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,42	119,84	119,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3027	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991358945	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,38	163,77	163,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3028	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991358495	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,78	12,67	10,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,01
3029	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,08	47,33	43,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,09
3030	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,16	90,24	86,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,55
3031	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,24	131,20	130,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,67
3032	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991087180	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,28	87,21	86,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,52
3033	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991087258	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,92	126,67	126,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80

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
3034	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991087005	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	24,14	21,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,62
3035	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	7,41	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	12,43
3036	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	11,12	12,76	3,70	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	12,26
3037	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	15,98	18,91	7,41	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	15,77
3038	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,57	30,53	14,81	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	24,25
3039	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	7,99	8,93	1,85	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	8,93
3040	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,07	15,34	15,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
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, 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
3043	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	33,44	33,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	25,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
3044	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
3045	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
3046	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,90	20,42	20,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3047	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	10,77	10,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3048	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	21,48	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
3049	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	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3050	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	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,56
3051	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
3052	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	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	12,80
3053	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

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
3054	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	16,11	16,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3055	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	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,14
3056	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
3057	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,18	10,49	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3058	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,18	10,49	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3059	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	10,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3060	Ramiprilum	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	20,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3061	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	20,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,53
3062	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	5,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,38
3063	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	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,11



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
3064	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	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,65
3065	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
3066	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
3067	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
3068	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
3069	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
3070	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,39	18,61	18,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,48	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
3072	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
3073	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,48	18,70	18,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3074	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
3075	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
3076	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,61	18,84	18,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3077	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	20,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,54
3078	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	5,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,28
3079	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,24	10,39	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,99
3080	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,24	10,39	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,99
3081	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,24	10,39	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,99
3082	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	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,71
3083	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3084	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
3085	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
3086	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
3087	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
3088	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	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,35
3089	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	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,60
3090	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	10,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3091	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	10,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3092	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	10,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3093	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	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3094	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
3095	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,20	16,44	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,02
3096	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,10	8,52	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,31
3097	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,20	16,44	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,02
3098	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,10	8,52	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,31
3099	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,28	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,86
3100	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,11	31,02	29,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,19
3101	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,43	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,22
3102	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,28	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,86
3103	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,28	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,86

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
3104	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,11	31,02	29,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,19
3105	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,43	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,22
3106	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,28	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,86
3107	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,06	16,29	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,87
3108	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,43	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,22
3109	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,06	16,29	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,87
3110	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,43	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,22
3111	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,28	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,86
3112	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,43	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,22
3113	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,28	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3114	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,43	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,22
3115	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,29	13,37	5,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,39
3116	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,47	17,97	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,57
3117	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,23	14,74	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	10,03
3118	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,09	10,12	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	7,76
3119	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,05	9,97	5,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	7,99
3120	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	13,11	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,71
3121	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
3122	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
3123	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
3124	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3125	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
3126	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,43	8,95	6,94	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,21
3127	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,20	21,91	20,81	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	4,30
3128	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	31,32	39,64	34,68	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,16
3129	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3130	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3131	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3132	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,53	9,06	6,94	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,32
3133	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,28	17,71	13,87	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,04
3134	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,63	26,56	20,81	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,95

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
3135	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	28,30	35,62	27,75	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	11,07
3136	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 zestaw	05909991457952	2023-03-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	98,38	116,97	116,97	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3137	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	1 zestaw	05909991457921	2023-03-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	151,63	175,46	175,45	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,21
3138	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 zestaw	05909991457891	2023-03-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	205,97	233,94	233,94	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3139	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,02	9,57	6,94	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,83
3140	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,06	27,01	20,81	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	9,40
3141	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,82	18,29	13,87	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,62
3142	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	41,47	51,13	41,62	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	12,71
3143	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,39	25,26	20,81	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,65
3144	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	58,16	70,67	62,43	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	12,08



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
3145	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	27,65	34,93	27,75	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,38
3146	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	82,94	98,39	83,24	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	20,27
3147	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,13	9,70	6,94	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,96
3148	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	34,56	43,04	34,68	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	11,56
3149	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	14,26	18,74	13,87	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,07
3150	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	18,36	24,18	20,81	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,57
3151	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,60	28,58	27,75	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	4,03
3152	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058227	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	119,98	139,65	116,97	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	25,88
3153	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058128	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	184,71	210,20	175,45	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	37,95
3154	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058029	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	239,98	269,64	233,94	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	38,90

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
3155	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,17	9,73	6,94	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,99
3156	Risperidonum	Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990721405	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	36,85	45,44	34,68	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	13,96
3157	Risperidonum	Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but.po 30 ml	05909990721399	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,12	18,93	10,41	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	11,72
3158	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,03	19,55	13,87	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,88
3159	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	22,25	28,26	20,81	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,65
3160	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,24	37,65	27,75	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	13,10
3161	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,94	8,44	6,94	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	4,70
3162	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,38	18,39	17,34	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	4,25
3163	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	11,88	16,24	13,87	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,57
3164	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	26,77	34,86	34,68	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,38

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3165	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
3166	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2021-09-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	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
3167	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2021-09-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	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
3168	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2021-09-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	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
3169	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	2022-11-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimer	159,62	175,09	40,95	Choroba Alzheimer		30%	146,43
3170	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 Alzheimer	61,13	67,99	14,16	Choroba Alzheimer		30%	58,08
3171	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 Alzheimer	117,07	128,96	29,25	Choroba Alzheimer		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
3172	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 Alzheimerera	117,18	129,09	29,25	Choroba Alzheimerera		30%	108,62
3173	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 Alzheimerera	126,31	138,68	29,25	Choroba Alzheimerera		30%	118,21
3174	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h	30 szasz.	05909991032609	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	203,21	220,84	40,95	Choroba Alzheimerera		30%	192,18
3175	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4.6 mg/24h	30 szasz.	05909990066704	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	76,54	84,16	14,16	Choroba Alzheimerera		30%	74,25
3176	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 szasz.	05909990066766	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	145,81	159,15	29,25	Choroba Alzheimerera		30%	138,68
3177	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990700646	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	12,51	14,62	4,55	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,44
3178	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5 mg	28 szt.	05909990700660	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	12,51	14,62	4,55	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,44
3179	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	20,75	24,50	9,10	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,13
3180	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	20,75	24,50	9,10	Choroba Alzheimerera	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
3181	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	40,93	47,43	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,69
3182	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	41,49	48,01	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,27
3183	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	31,11	36,38	13,65	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,83
3184	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	31,11	36,38	13,65	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,83
3185	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	61,45	70,34	27,30	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	51,23
3186	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	62,23	71,16	27,30	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,05
3187	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	41,49	48,01	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,27
3188	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	41,49	48,01	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,27
3189	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	81,97	92,99	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	67,51

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 pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3190	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	82,98	94,05	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,57
3191	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	10,34	12,34	4,55	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	9,16
3192	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	20,66	24,40	9,10	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,03
3193	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	20,30	24,03	9,10	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,66
3194	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	40,61	47,09	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,35
3195	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	29,38	34,55	13,65	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,00
3196	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	61,56	70,46	27,30	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	51,35
3197	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	40,61	47,09	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,35
3198	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	81,22	92,20	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	66,72

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3199	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990816255	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	41,64	48,17	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,43
3200	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990816262	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	31,23	36,50	13,65	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,95
3201	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990816279	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	62,47	71,41	27,30	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,30
3202	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990816286	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	41,64	48,17	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,43
3203	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990816293	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	83,29	94,37	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,89
3204	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	7,13	8,98	4,55	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	5,80
3205	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,26	17,68	9,10	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,31
3206	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,51	34,39	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,65
3207	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby 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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3208	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	42,77	50,73	27,30	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	31,62
3209	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,51	34,39	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,65
3210	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	57,02	66,80	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,32
3211	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	17,28	20,85	9,10	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,48
3212	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	32,40	38,47	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,73
3213	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	46,12	54,25	27,30	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,14
3214	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	59,51	69,41	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	43,93
3215	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	28,83	28,72	Choroba i zespół Parkinsona		30%	8,73
3216	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	55,03	55,03	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,51



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
3217	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	109,38	109,38	Choroba i zespół Parkinsona		30%	32,81
3218	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	38,52	28,72	Choroba i zespół Parkinsona		30%	18,42
3219	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	74,08	57,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,87
3220	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	142,72	114,88	Choroba i zespół Parkinsona		30%	62,30
3221	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	34,77	26,92	Choroba i zespół Parkinsona		30%	15,93
3222	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	7,97	5,38	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,20
3223	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	14,84	10,77	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,30
3224	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	28,21	21,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,13
3225	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	56,76	53,85	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,07
3226	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	33,42	28,72	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,32
3227	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	65,01	57,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	24,80
3228	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	121,17	114,88	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,75

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
3229	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	31,15	28,72	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,05
3230	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	68,74	57,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	28,53
3231	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	132,51	114,88	Choroba i zespół Parkinsona		30%	52,09
3232	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,61	39,39	28,72	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,29
3233	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,22	75,82	57,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	35,61
3234	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	126,45	146,22	114,88	Choroba i zespół Parkinsona		30%	65,80
3235	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	39,42	28,72	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,32
3236	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	75,89	57,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	35,68
3237	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	146,37	114,88	Choroba i zespół Parkinsona		30%	65,95
3238	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	28,51	36,14	28,72	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,04
3239	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	57,02	69,32	57,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,11
3240	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	114,80	133,98	114,88	Choroba i zespół Parkinsona		30%	53,56

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
3241	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,80	7,94	5,38	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,17
3242	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990013890	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	11,01	14,84	10,77	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,30
3243	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990013586	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	23,23	29,59	21,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,51
3244	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990013968	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	57,97	70,00	53,85	Choroba i zespół Parkinsona		30%	32,31
3245	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	36,81	28,72	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,71
3246	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	71,15	57,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	30,94
3247	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	136,31	114,88	Choroba i zespół Parkinsona		30%	55,89
3248	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	39,09	28,72	Choroba i zespół Parkinsona		30%	18,99
3249	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	94,69	86,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,38
3250	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,10	53,66	53,66	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,10
3251	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	75,21	57,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	35,00
3252	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	181,47	172,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	60,85

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3253	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	84,20	101,85	101,85	Choroba i zespół Parkinsona		30%	30,56
3254	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	144,98	114,88	Choroba i zespół Parkinsona		30%	64,56
3255	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	351,04	344,63	Choroba i zespół Parkinsona		30%	109,80
3256	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	37,39	28,72	Choroba i zespół Parkinsona		30%	17,29
3257	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	71,81	57,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,60
3258	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	138,18	114,88	Choroba i zespół Parkinsona		30%	57,76
3259	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,69	8,27	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,48
3260	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,38	15,84	15,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
3261	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,77	30,01	30,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,00
3262	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	4,18	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,29
3263	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,70	8,29	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,50
3264	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,85	17,39	16,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,81

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
3265	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,80	30,04	30,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,01
3266	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	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,51
3267	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	23,62	23,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,09
3268	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	16,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,34
3269	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991496579	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,45	16,09	16,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,83
3270	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	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,01
3271	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991509415	2023-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,24	44,23	44,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,27
3272	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991496586	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,34	44,34	44,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,30
3273	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
3274	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
3275	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	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,82
3276	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	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
3277	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	8,86	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,66
3278	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	13,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,91
3279	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	17,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
3280	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	24,63	24,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,39
3281	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	32,11	32,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,63
3282	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	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,40
3283	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,79	8,38	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,59
3284	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	16,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,80
3285	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,53	16,01	16,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,80
3286	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
3287	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,07	30,32	30,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,10
3288	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3289	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	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,31
3290	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	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,57
3291	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,38	7,95	7,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,39
3292	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,76	15,20	15,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,56
3293	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,51	28,69	28,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,61
3294	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,69	4,02	4,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,21
3295	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	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,22
3296	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,55	24,84	24,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,45
3297	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	12,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,59
3298	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	23,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,99
3299	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,83	36,06	36,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,82
3300	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	16,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,76

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3301	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	37,11	47,25	47,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,18
3302	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	24,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,88
3303	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
3304	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,66	68,72	68,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,62
3305	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,59	32,97	32,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,89
3306	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	74,22	90,14	90,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,04
3307	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	4,56	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,67
3308	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,28	13,13	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,94
3309	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,77	8,36	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,57
3310	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,61	22,54	22,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,76
3311	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,53	16,01	16,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,80
3312	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,23	42,79	42,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,84



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
3313	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,84	30,08	30,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,02
3314	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	66,47	81,49	81,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,45
3315	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	4,19	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,30
3316	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,70	8,29	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,50
3317	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,45	15,92	15,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,78
3318	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	12,22	12,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,67
3319	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,16	23,13	23,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
3320	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	16,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,81
3321	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,91	29,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3322	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,16	23,13	23,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
3323	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2022-11-01	3 lata	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
3324	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2023-01-01	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3325	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	45,36	56,93	56,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,08
3326	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	4,18	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,29
3327	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,70	8,29	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,50
3328	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	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,93
3329	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	23,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,92
3330	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
3331	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	16,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
3332	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
3333	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
3334	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
3335	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
3336	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	54,54	64,36	41,25	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,49
3337	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,79	23,27	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,65

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3338	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	54,54	64,36	41,25	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,49
3339	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
3340	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	54,54	64,36	41,25	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,49
3341	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,79	23,27	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,65
3342	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	54,54	64,36	41,25	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,49
3343	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,85	24,20	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,22
3344	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,70	47,00	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,03
3345	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,85	24,20	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,22
3346	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,70	47,00	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,03
3347	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,85	24,20	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,22
3348	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,70	47,00	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,03
3349	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
3350	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
3351	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
3352	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaridio 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
3353	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaridio 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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3354	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
3355	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
3356	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
3357	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
3358	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	20,58	5,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,68
3359	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,94	26,70	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,35
3360	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	2023-09-01	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
3361	Salbutamololum	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
3362	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	22,14	25,97	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,04
3363	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	37,18	43,50	20,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	28,57
3364	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
3365	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
3366	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	2023-09-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	46,98	58,88	57,24	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,84

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3367	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
3368	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
3369	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
3370	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
3371	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
3372	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2022-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	13,44	18,42	18,42	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,33
3373	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agonści GLP-1	359,10	398,43	388,82	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	126,26

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3374	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	2022-09-01	2 lata	252,0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	359,10	398,43	388,82	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	126,26
3375	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	2022-09-01	2 lata	252,0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	359,10	398,43	388,82	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	126,26
3376	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
3377	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
3378	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
3379	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
3380	Sertraline	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692	2022-01-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,39	14,30	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,18

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
3381	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,43	20,51	20,51	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,15
3382	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,21	10,96	10,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,29
3383	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991483807	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,45	19,22	19,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,77
3384	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
3385	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
3386	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
3387	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
3388	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,69	19,47	19,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,84
3389	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
3390	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	41,08	53,04	53,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,91
3391	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,85	10,39	10,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,12
3392	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3393	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	20,54	28,12	28,12	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,44
3394	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
3395	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
3396	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
3397	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
3398	Sertralinum	Sertranom, 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
3399	Sertralinum	Sertranom, 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
3400	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
3401	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
3402	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
3403	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
3404	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



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
3405	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
3406	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
3407	Sildenafilum	Sildenafil Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	2023-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	6,74	9,70	9,24	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	3,23
3408	Sildenafilum	Sildenafil Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	2023-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,48	18,48	18,48	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	5,54
3409	Sildenafilum	Sildenafil Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	2022-11-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	40,44	51,19	51,19	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	15,36
3410	Sildenafilum	Sildenafil Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,82	17,14	9,24	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,67
3411	Sildenafilum	Sildenafil Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,97	23,20	18,48	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,26
3412	Sildenafilum	Sildenafil Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,91	65,35	55,44	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	26,54

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3413	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	2,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,04
3414	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	5,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,91
3415	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	11,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,51
3416	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	5,51	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%	4,09
3417	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	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,89

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
3418	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	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,42
3419	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	5,51	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%	8,63
3420	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	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,06
3421	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	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,75
3422	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	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,93

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3423	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	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3424	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	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,50
3425	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	5,51	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%	5,00
3426	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	5,51	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%	3,02
3427	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	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,75

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3428	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	2,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,64
3429	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	5,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,24
3430	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	11,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,55
3431	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
3432	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3433	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,08	4,03	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,10
3434	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,40	6,22	5,51	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%	2,36
3435	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	6,65	5,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,51
3436	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,96	11,26	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,54
3437	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	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3438	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	5,51	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%	10,12
3439	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	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,31
3440	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	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,21
3441	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	5,51	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%	9,06
3442	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	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,32

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
3443	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	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,91
3444	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	5,51	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%	8,36
3445	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	2,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,73
3446	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	5,51	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%	8,78
3447	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	5,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,39



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
3448	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	11,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,74
3449	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	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,54
3450	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	5,51	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%	9,07
3451	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	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,84
3452	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>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3453	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>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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 epiteloidalnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiatychnych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3454	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990055920	2022-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciw cukrzycowe - inhibitory DPP-4	69,66	80,74	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	51,61
3455	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991480509	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciw cukrzycowe - inhibitory DPP-4	37,80	47,29	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	18,16
3456	Sitagliptinum	Juzina, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907594032880	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciw cukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,64	45,02	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	15,89
3457	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05995327182650	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciw cukrzycowe - inhibitory DPP-4	34,56	43,89	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	14,76
3458	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05995327182667	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciw cukrzycowe - inhibitory DPP-4	69,12	83,88	83,24	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	25,61

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
3459	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	03838989721473	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	37,80	47,29	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	18,16
3460	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558	2022-11-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	39,42	48,99	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	19,86
3461	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907626709803	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,10	44,46	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	15,33
3462	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137	2022-11-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	39,85	49,44	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,31
3463	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970	2023-03-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	15,66	21,34	20,81	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	6,77
3464	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05903792662263	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,32	40,49	40,49	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	12,15

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3465	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991470883	2023-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,16	38,22	38,22	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	11,47
3466	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991481131	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,36	41,58	41,58	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	12,47
3467	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991473174	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	37,80	47,29	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	18,16
3468	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991473105	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	18,90	24,75	20,81	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	10,18
3469	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05905669739351	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	37,77	47,26	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	18,13
3470	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	2022-11-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	54,22	64,53	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,40

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
3471	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	2022-11-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	54,22	64,53	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,40
3472	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	2022-11-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	54,22	64,53	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,40
3473	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,10	44,46	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	15,33
3474	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	37,80	47,29	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	18,16
3475	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	2023-03-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,91	43,21	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	14,08
3476	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	2022-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	69,66	80,74	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	51,61

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
3477	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	2023-03-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,64	45,39	44,59	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	14,18
3478	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	2023-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,48	43,12	43,12	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	12,94
3479	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	2023-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,16	42,42	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	13,29
3480	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	2023-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,16	42,42	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	13,29
3481	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	37,80	47,29	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	18,16
3482	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	37,80	47,29	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	18,16

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
3483	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	40,50	50,50	44,59	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	19,29
3484	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	58,08	68,95	44,59	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	37,74
3485	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	2022-11-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	39,42	48,99	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	19,86
3486	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	2022-11-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	39,42	48,99	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	19,86
3487	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	2023-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,81	42,05	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	12,92
3488	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	2023-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,81	42,05	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	12,92
3489	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906414003758	2022-09-01	3 lata	75,2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	32,40	40,64	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,76

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3490	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906414003741	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	16,20	21,26	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,32
3491	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	29,37	37,46	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	13,58
3492	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	14,68	19,66	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,72
3493	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991461393	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,90	33,83	33,83	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,15
3494	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991461317	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,95	17,85	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	5,91
3495	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	19,98	27,60	27,60	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,28
3496	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991405991	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	59,94	75,56	75,56	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	22,67
3497	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,99	14,74	14,74	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,42
3498	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991405953	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	29,97	40,09	40,09	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,03
3499	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135	2023-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,19	34,12	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,24
3500	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	15,47	15,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,64
3501	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991314620	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,19	34,12	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,24



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3502	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991340896	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,51	36,56	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,68
3503	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991340872	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,26	19,22	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,28
3504	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2022-11-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,00	34,97	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	11,09
3505	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,46	34,40	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,52
3506	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,23	18,14	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,20
3507	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,88	33,79	33,79	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,14
3508	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,94	17,84	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	5,90
3509	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,24	38,37	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,49
3510	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,12	20,13	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,19
3511	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,40	36,44	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,56
3512	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,52	19,50	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,56
3513	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,24	38,37	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,49

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
3514	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,12	20,13	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,19
3515	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	101,55	101,55	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	30,47
3516	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	29,38	37,46	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	13,58
3517	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	53,32	53,32	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,00
3518	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,69	19,67	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,73
3519	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	14,89	14,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02
3520	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	8,38	7,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,45
3521	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
3522	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
3523	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	16,31	21,92	21,23	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%	7,06
3524	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,12	20,12	17,69	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%	7,74

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3525	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,02	9,02	5,31	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%	5,30
3526	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	27,43	35,41	35,38	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%	10,64
3527	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,18	12,61	10,62	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%	5,18
3528	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	18,58	23,74	17,69	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%	11,36
3529	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,64	5,97	3,54	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%	3,49
3530	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,10	11,48	10,62	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%	4,05
3531	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	16,20	21,80	21,23	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%	6,94

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
3532	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,94	14,13	14,13	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%	4,24
3533	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,66	21,23	21,23	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%	6,37
3534	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,64	5,97	3,54	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%	3,49
3535	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,86	12,27	10,62	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%	4,84
3536	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat doustny, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521	2023-07-01	2 lata	214.7. Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	359,51	399,43	399,43	Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E)		30%	119,83
3537	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
3538	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
3539	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
3540	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
3541	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	17,28	21,45	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,11
3542	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	2023-09-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - 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	15,57	21,12	21,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,56
3543	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	2023-09-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - 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	15,57	21,12	21,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,56
3544	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>2023-01-01 - 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	12,68	12,68	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%	6,34

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3545	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	8,51	10,58	5,28	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%	7,94
3546	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	21,28	27,12	21,12	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%	16,56
3547	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	21,28	27,12	21,12	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%	16,56
3548	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
3549	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
3550	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
3551	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
3552	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
3553	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3554	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
3555	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
3556	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
3557	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
3558	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3559	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3560	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3561	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,63	6,96	3,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	3,36
3562	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,42	13,40	8,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	4,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3563	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpyschotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,93	1,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	3,13
3564	Szczepionka przeciw grypie (żywa atenuowana, do nosa)	Fluenz Tetra, aerozol do nosa, zawiesina, 1 dawka	1 aplikator 0,2 ml	05000456061346	<1>2022-09-01/<2>2021-11-01	<1>1 rok 2 miesiące/<2>2 lata	247.1, Szczepionki przeciw grypie - postać donosowa	77,76	94,23	94,23	<1>Zapobieganie grypie u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia; <2>Zapobieganie grypie u dzieci i młodzieży w wieku od ukończonego 60 miesiąca życia do ukończonego 18 roku życia		50%	47,12
3565	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, wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego, wrodzoną lub nabytą asplenią, niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu litego		50%	138,26
3566	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
3567	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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
3568	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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



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
3569	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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
3570	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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 opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	3,25
3571	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	33,65	44,79	44,79	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 opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3572	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	67,31	84,14	84,14	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 opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3573	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	336,55	378,29	378,29	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
3574	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1><2>01-11-2020/<3>2023-03-01 - 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 opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3575	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1><2>01-11-2020/<3>2023-03-01 - 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 opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	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
3576	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1><2>01-11-2020/<3>2023-03-01 - 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
3577	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1><2>01-11-2020/<3>2023-03-01 - 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
3578	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	2020-11-01 - dla kolumny 12, <1><2>01-11-2020/<3>2023-03-01 - 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
3579	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.75 mg	30 szt.	05909991192709	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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
3580	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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
3581	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3582	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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
3583	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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
3584	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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
3585	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - 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
3586	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but. po 3 ml	05909991372927	2023-03-01	2 lata	214,0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	53,46	63,24	35,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	38,46
3587	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	2023-03-01	1 rok 8 miesięcy	214,0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,96	81,94	37,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	55,39
3588	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	14,81	14,81	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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3589	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	14,26	19,46	19,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3590	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,97	23,20	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,92
3591	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,97	65,41	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,57
3592	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
3593	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
3594	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
3595	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
3596	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
3597	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3598	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
3599	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991496791	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,69	15,55	15,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3600	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,77	15,64	15,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3601	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
3602	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991496807	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	32,08	42,43	42,43	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3603	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	32,30	42,66	42,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3604	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
3605	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
3606	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3607	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
3608	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
3609	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
3610	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,88	49,56	49,56	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3611	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,91	15,79	15,79	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3612	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
3613	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570386	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,19	19,23	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,95
3614	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05907626708400	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	28,36	36,52	36,52	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
3615	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907626708417	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	42,55	53,42	53,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3616	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
3617	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
3618	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
3619	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,26	15,10	15,10	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3620	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	30,78	41,06	41,06	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3621	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
3622	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
3623	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
3624	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3625	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,95	65,39	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,55
3626	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,98	23,21	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,93
3627	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	35,96	44,50	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,94
3628	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,95	65,39	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,55
3629	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909997216393	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,78	15,65	15,65	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3630	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
3631	Tamsulosinum	Omnice Ocas 0,4, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	24,41	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,13
3632	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



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3633	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
3634	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
3635	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
3636	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
3637	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	25,86	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,46
3638	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	49,64	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	20,84
3639	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	13,37	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,17
3640	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,30	26,00	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,60

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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3641	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	32,61	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - 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
3642	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	2023-01-01 - 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	13,21	16,75	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,55
3643	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	2023-01-01 - 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	26,42	32,43	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,03
3644	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	11,67	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,47
3645	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	21,69	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,29
3646	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	11,39	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,19
3647	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,41	21,91	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - 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
3648	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	13,20	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,00
3649	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	20,47	20,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,14
3650	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	22,14	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,74

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
3651	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	25,32	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,92
3652	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	12,49	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,29
3653	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	23,90	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,50
3654	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,21	11,50	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,30
3655	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	21,81	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,41
3656	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,87	15,34	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,14
3657	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,74	29,61	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,21
3658	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,94	16,47	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,27
3659	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,88	31,85	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,45
3660	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	10,80	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3661	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	11,27	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,07
3662	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	13,09	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,89
3663	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	20,51	20,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,15
3664	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	21,46	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,06
3665	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,33	24,98	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,58
3666	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	20,51	20,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,15
3667	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	21,46	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,06
3668	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	25,09	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,69
3669	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	38,92	38,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,68
3670	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	39,70	39,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3671	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,66	47,86	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,06
3672	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	14,22	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,02
3673	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	2023-01-01 - 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	25,16	31,10	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,70
3674	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	37,60	30,86	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%	16,00
3675	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,02	19,40	19,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,82
3676	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	19,42	19,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,83
3677	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	27,36	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,96
3678	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,96	20,61	20,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,18
3679	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,04	36,71	36,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,01
3680	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	36,75	36,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,03

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
3681	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	2023-01-01 - 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	50,33	60,13	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	31,33
3682	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,06	53,43	53,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,03
3683	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05903792743559	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,12	53,50	53,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,05
3684	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	72,32	61,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	29,12
3685	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,67	13,03	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,83
3686	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	20,55	20,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,17
3687	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,33	24,98	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,58
3688	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	39,00	39,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,70
3689	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	9,07	12,39	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,19
3690	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	18,14	23,73	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,33

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
3691	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,46	11,76	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,56
3692	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,46	11,76	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,56
3693	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,92	22,45	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,05
3694	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	2023-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,92	22,45	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,05
3695	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,66	13,02	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,82
3696	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,66	13,02	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,82
3697	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,90	22,44	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,04
3698	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,36	32,70	30,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,10
3699	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,31	24,96	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,56
3700	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,80	42,76	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3701	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	50,71	62,52	61,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,32
3702	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,31	24,96	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,56
3703	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,80	42,76	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,96
3704	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	50,71	62,52	61,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,32
3705	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	30,08	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,68
3706	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	30,08	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,68
3707	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	30,20	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,80
3708	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	30,20	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,80
3709	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,35	37,60	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,20
3710	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,08	38,37	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,97



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
3711	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	15,90	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,70
3712	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	30,72	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,32
3713	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	30,72	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,32
3714	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	12,86	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,66
3715	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,01	24,64	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,24
3716	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,01	24,64	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,24
3717	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,99	15,47	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,27
3718	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	30,08	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,68
3719	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	30,08	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,68
3720	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991410667	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,23	22,77	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3721	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,89	12,21	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,01
3722	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,78	23,35	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,95
3723	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,78	23,35	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,95
3724	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	17,06	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,86
3725	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,03	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,63
3726	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,03	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,63
3727	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,39	14,84	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,64
3728	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,79	28,61	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,21
3729	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,79	28,61	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,21
3730	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,58	55,12	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	26,32

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
3731	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,79	28,61	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,21
3732	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,58	55,12	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	26,32
3733	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	15,35	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,15
3734	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	29,63	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,23
3735	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,24	46,22	30,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	24,62
3736	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	29,63	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,23
3737	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	47,52	57,17	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	28,37
3738	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	76,47	89,56	61,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	46,36
3739	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	29,63	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,23
3740	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	47,52	57,17	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	28,37

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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3741	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	76,47	89,56	61,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	46,36
3742	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,61	11,92	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,72
3743	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,22	22,76	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,36
3744	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,22	22,76	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,36
3745	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,44	43,43	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,63
3746	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,22	22,76	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,36
3747	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,44	43,43	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,63
3748	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,15	15,63	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,43
3749	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,80	23,37	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,97
3750	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	30,20	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3751	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	44,65	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,85
3752	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	30,20	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,80
3753	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	44,65	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,85
3754	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	2023-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,19	29,25	22,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,82
3755	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
3756	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
3757	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
3758	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
3759	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3760	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
3761	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
3762	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
3763	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
3764	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
3765	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
3766	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
3767	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
3768	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
3769	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	2022-11-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	38,88	48,88	45,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3770	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,22	24,18	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,47
3771	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	10,14	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,78
3772	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	18,26	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,55
3773	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,15	14,38	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,02
3774	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,51	41,24	16,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	34,17
3775	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,15	14,38	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,02
3776	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,51	41,24	16,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	34,17
3777	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,76
3778	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,91	80,63	33,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	66,50
3779	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3780	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,91	80,63	33,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	66,50
3781	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,15	14,38	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,02
3782	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,76
3783	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,15	14,38	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,02
3784	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,76
3785	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,76
3786	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	48,60	55,80	22,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	46,38
3787	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,76
3788	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	48,60	55,80	22,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	46,38
3789	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prensa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,59	25,62	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	20,91



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3790	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,28	15,57	5,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,21
3791	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	2023-01-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna	386,64	428,62	428,62	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona		ryczałt	3,20
3792	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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	8,87	8,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00
3793	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	8,37	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,12
3794	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	11,09	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,61
3795	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	11,61	16,13	16,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00
3796	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Lek przeciwhistaminowy o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postaci do podawania doustnego	18,36	24,64	24,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3797	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Lek przeciwhistaminowy o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postaci do podawania doustnego	18,36	24,64	24,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,39
3798	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2022-01-01	3 lata	162.3, Lek przeciwpadaczkowy do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postaci farmaceutyczne	162,00	186,85	186,85	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
3799	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	246,24	277,43	277,43	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3800	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	77,76	94,40	93,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,18
3801	Tianeptinum	Atinepte, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt.	05909990997152	2021-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,15	19,74	9,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,04
3802	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991290016	2021-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,26	13,55	9,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,85
3803	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991267131	2022-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,83	15,20	9,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,50
3804	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,68	20,29	9,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,59
3805	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt.	05909990875245	2022-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,16	19,75	9,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,05
3806	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12.5 mg	90 szt.	05909991201821	2021-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	40,49	48,43	28,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,33
3807	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powł., 0.25 g	20 szt.	05909990667116	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	9,09	12,84	11,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,74
3808	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powł., 0.25 g	60 szt.	05909990334971	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	26,68	34,72	34,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,42
3809	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 przeciwwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	4,31	5,91	4,83	Jaskra		30%	2,53
3810	Timololum	Ofensin, krople do oczu, roztwór, 2.5 mg/ml	5 ml	05909990073610	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,28	4,83	4,83	Jaskra		30%	1,45
3811	Timololum	Ofensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,28	4,83	4,83	Jaskra		30%	1,45
3812	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2022-11-01	3 lata	234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina	401,76	444,90	444,90	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3813	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

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
3814	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
3815	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	2023-03-01	3 lata	201.2. Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	76,95	93,77	93,77	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3816	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	2023-03-01	3 lata	201.2. Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	76,95	93,77	93,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,13
3817	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
3818	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
3819	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
3820	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
3821	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
3822	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
3823	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3824	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
3825	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
3826	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
3827	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
3828	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	14,61	7,96	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,04
3829	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	23,40	15,92	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,26
3830	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	72,12	51,18	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	36,29
3831	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	14,60	7,96	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,03
3832	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	28,43	15,92	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	17,29
3833	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	12,26	7,96	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	6,69
3834	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	23,76	15,92	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,62
3835	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	25,05	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,11

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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3836	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	25,05	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,11
3837	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	48,21	34,12	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	24,33
3838	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	23,80	17,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	11,86
3839	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990649594	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	27,95	36,15	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,60
3840	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990649617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	55,90	68,93	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,63
3841	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990649556	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	6,98	9,98	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,74
3842	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990649570	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	13,98	19,04	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,36
3843	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	29,75	38,04	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,49
3844	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	58,75	71,92	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,62
3845	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	7,34	10,36	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,12
3846	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	14,69	19,78	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
3847	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3848	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3849	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3850	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3851	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3852	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3853	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3854	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3855	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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
3856	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3857	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	14,36	19,65	18,08	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,77
3858	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,52	9,37	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3859	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,52	9,37	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,50
3860	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,59	76,68	75,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,77
3861	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,59	76,68	75,58	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,10
3862	Tramadolii 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	6,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,46
3863	Tramadolii 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	6,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
3864	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	6,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,48
3865	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	6,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,48
3866	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	20,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,05

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3867	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,67	23,05	20,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,05
3868	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,11	36,82	33,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,49
3869	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,11	36,82	33,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,49
3870	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,80	11,99	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,99
3871	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,80	11,99	10,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,99
3872	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	35,34	30,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,34
3873	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	35,34	30,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,34
3874	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,96	54,29	50,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,29
3875	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,96	54,29	50,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,29
3876	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,74	15,83	13,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,50



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
3877	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	13,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,50
3878	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	43,74	40,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,74
3879	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	43,74	40,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,74
3880	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	66,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,44
3881	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	66,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,44
3882	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2023-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,99	7,24	6,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,57
3883	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2023-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,99	7,24	6,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57
3884	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2022-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,44	6,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,77
3885	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2022-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,44	6,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,77
3886	Tramadolii 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3887	Tramadolii 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
3888	Tramadolii 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	6,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,93
3889	Tramadolii 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	6,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,93
3890	Tramadolii 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
3891	Tramadolii 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
3892	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
3893	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
3894	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	6,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,23
3895	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	6,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,23
3896	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	6,26	8,77	7,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,49
3897	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	6,26	8,77	7,55	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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3898	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	10,80	15,11	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,53
3899	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	10,80	15,11	15,11	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3900	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	6,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,95
3901	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	6,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,95
3902	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	20,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,49
3903	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	20,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,49
3904	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	33,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,04
3905	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	33,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,04
3906	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	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,16
3907	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	10,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,16
3908	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,44	29,43	29,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,83

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
3909	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,44	29,43	29,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3910	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,36	30,41	30,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,41
3911	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,36	30,41	30,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,41
3912	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,41	47,41	47,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,22
3913	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,41	47,41	47,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3914	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,09	50,22	50,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,22
3915	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,09	50,22	50,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,22
3916	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,74	14,78	13,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,45
3917	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,74	14,78	13,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,45
3918	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,21	40,81	40,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,81

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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3919	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	40,81	40,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,81
3920	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	65,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,76
3921	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	65,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3922	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	3,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,34
3923	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	3,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,34
3924	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	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,14
3925	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	10,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,14
3926	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	16,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,39
3927	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	16,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,39
3928	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	15,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
3929	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	15,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,08
3930	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
3931	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
3932	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
3933	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
3934	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	41,35	41,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,41
3935	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	41,35	41,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3936	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	5,38	7,84	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,59
3937	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	5,38	7,84	7,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,34
3938	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	10,70	14,99	14,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,50

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3939	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	10,70	14,99	14,99	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3940	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	16,06	21,74	21,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,52
3941	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	16,06	21,74	21,74	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3942	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	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,57
3943	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	7,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,32
3944	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	15,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,51
3945	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	15,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,01
3946	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
3947	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
3948	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	14,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,44

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
3949	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	14,81	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3950	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,07	28,00	28,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,40
3951	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,07	28,00	28,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3952	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,60	40,74	40,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,22
3953	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,60	40,74	40,74	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3954	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	5,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,77
3955	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	5,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,27
3956	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	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,66
3957	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	7,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,41
3958	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	15,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,71



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 pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3959	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	15,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,21
3960	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	22,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,62
3961	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	22,06	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3962	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,34	7,80	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,55
3963	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,34	7,80	7,50	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	0,30
3964	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,67	14,95	14,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,49
3965	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,67	14,95	14,95	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	0,00
3966	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,81	21,48	21,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,44
3967	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,81	21,48	21,48	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	0,00
3968	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,84	23,98	23,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,19

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3969	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,84	23,98	23,98	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3970	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,45	7,91	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,66
3971	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,45	7,91	7,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,41
3972	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	10,91	15,21	15,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,71
3973	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	10,91	15,21	15,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,21
3974	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	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,25
3975	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	10,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,25
3976	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	15,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,50
3977	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	15,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3978	Tramadolum + 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3979	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
3980	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	41,32	41,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,40
3981	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	41,32	41,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3982	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
3983	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
3984	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
3985	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
3986	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
3987	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,97	38,08	31,61	Jaskra		ryczałt	9,67
3988	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,91	107,02	94,83	Jaskra		ryczałt	20,19
3989	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	119,88	139,85	126,44	Jaskra		ryczałt	24,08
3990	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
3991	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,97	38,08	31,61	Jaskra		ryczałt	9,67
3992	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,03	23,81	9,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,11
3993	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	54,32	62,95	28,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	42,85
3994	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,26	18,23	7,18	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,20
3995	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	2021-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	28,94	34,17	14,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	24,12
3996	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2021-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	54,82	63,48	28,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	43,38

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
3997	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
3998	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
3999	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
4000	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
4001	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
4002	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
4003	Umeclidinii bromidum	Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	05909991108953	2023-09-01	6 miesięcy	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	101,87	119,94	102,56	Przewłękła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	48,15
4004	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	173,15	132,27	Przewłękła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	80,56

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
4005	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
4006	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigenis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	2023-07-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	40,61	51,40	51,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,70
4007	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	05902768001082	2023-03-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.2, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	712,80	779,65	779,65	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 walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej	<1>zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
4008	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116,0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postaci do stosowania doustnego	432,00	477,44	477,44	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięsaszowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	3,20
4009	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991345815	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,82	17,09	17,09	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%	5,13
4010	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991345785	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,91	9,09	9,09	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%	2,73
4011	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	25,89	20,57	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%	11,49
4012	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	10,37	13,77	10,29	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%	6,57
4013	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	25,32	20,57	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
4014	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	13,20	10,29	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%	6,00
4015	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	32,59	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,19
4016	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	26,46	20,57	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%	12,06

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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4017	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	41,17	41,14	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%	12,37
4018	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,96	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,16
4019	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	13,77	10,29	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%	6,57
4020	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	21,18	20,57	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%	6,78
4021	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	24,36	20,57	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%	9,96
4022	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	13,09	10,29	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%	5,89
4023	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	26,22	20,57	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%	11,82
4024	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	53,73	44,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,87
4025	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	64,02	76,83	66,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	30,55
4026	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	32,10	32,10	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%	9,63



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
4027	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	32,19	32,19	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%	9,66
4028	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	50,32	41,14	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%	21,52
4029	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	30 szt.	05909991483036	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,32	34,20	34,20	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%	10,26
4030	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	13,64	10,29	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%	6,44
4031	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	27,97	22,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,54
4032	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2022-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,01	39,94	33,06	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%	16,80
4033	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	17,15	17,15	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%	5,15
4034	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	9,12	9,12	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%	2,74
4035	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990804580	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	17,39	17,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,22
4036	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990804542	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,05	9,23	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,77

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
4037	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	23,96	20,57	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%	9,56
4038	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	12,52	10,29	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%	5,32
4039	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	26,46	20,57	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%	12,06
4040	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	13,77	10,29	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%	6,57
4041	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991323837	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	17,39	17,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,22
4042	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991323875	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	17,39	17,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,22
4043	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991323783	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,05	9,23	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,77
4044	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,74	26,46	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,06
4045	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,88	21,36	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,96
4046	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist. po 14 szt.)	05909990740864	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,84	26,56	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,16

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
4047	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,75	13,12	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,92
4048	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,79	26,51	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,11
4049	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,01	39,83	39,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,95
4050	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,79	26,51	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,11
4051	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,56	43,56	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,76
4052	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,96	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,16
4053	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,96	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,16
4054	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2022-03-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,40	13,80	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,60
4055	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	22,82	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,42
4056	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	26,22	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
4057	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,26	47,44	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,64
4058	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	66,96	80,37	72,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,97
4059	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	26,22	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,82
4060	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,26	47,44	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,64
4061	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	66,96	80,37	72,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,97
4062	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,00	50,32	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,52
4063	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,00	50,32	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,52
4064	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,57	12,93	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,73
4065	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,13	24,77	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,37
4066	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2022-07-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,48	41,82	36,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,62

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
4067	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,74	24,36	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,96
4068	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,74	24,36	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,96
4069	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	17,39	17,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,22
4070	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,20	17,49	17,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,25
4071	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,55	27,31	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,91
4072	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,55	27,31	20,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,91
4073	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	2022-05-01 - dla kolumny 12, 2023-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,65	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,45
4074	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,40	41,31	40,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,16
4075	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879	2023-09-01 - dla kolumny 12, 2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,57	26,08	26,08	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,82

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
4076	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2022-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,79	30,52	30,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,16
4077	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2022-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,82	30,54	30,54	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,16
4078	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991197735	2021-03-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	68,48	83,24	83,24	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	24,97
4079	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901	2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,72	12,05	10,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,02
4080	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,20	21,70	20,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,63
4081	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,86	16,32	16,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,90
4082	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2022-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,91	16,38	16,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
4083	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2021-03-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,25	43,59	43,08	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,43
4084	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,26	42,21	40,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,06
4085	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,30	12,66	10,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,63
4086	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,63	22,15	20,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,08
4087	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,02	43,01	40,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,86
4088	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,58	24,19	20,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,12
4089	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,48	42,44	40,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,29

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
4090	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,34	10,60	10,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,57
4091	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,74	22,27	20,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,20
4092	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	27,86	36,54	36,54	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,96
4093	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,97	10,21	10,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,18
4094	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	13,93	19,32	19,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,80
4095	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,18	45,28	40,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	17,13
4096	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,05	12,39	10,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,36



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
4097	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,70	23,28	20,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,21
4098	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2023-09-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,92	40,81	40,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,66
4099	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502	2023-09-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,98	11,27	10,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,24
4100	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2023-09-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,96	21,45	20,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,38
4101	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,68	31,10	31,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,33
4102	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	77,76	95,74	95,74	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	28,72
4103	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	2023-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	24,60	35,12	35,12	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,54
4104	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,48	9,69	9,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4105	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819	2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,14	29,94	29,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,98
4106	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,96	18,30	18,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,49
4107	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,66	54,88	54,88	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,46
4108	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,97	48,21	40,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	20,06
4109	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,71	13,09	10,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,06
4110	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,47	25,13	20,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,06
4111	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,12	30,52	30,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,16

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 pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4112	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096	2023-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,32	9,53	9,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	2,86
4113	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,83	18,16	18,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,45
4114	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,04	43,03	40,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,88
4115	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,51	11,83	10,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,80
4116	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,02	22,56	20,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,49
4117	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,79	30,18	30,18	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,05
4118	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,86	16,09	16,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,83

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
4119	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,78	43,80	40,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,65
4120	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990040971	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,64	11,96	10,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,93
4121	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,28	22,83	20,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,76
4122	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419	2023-01-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	5,62	8,17	8,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4123	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211	2023-01-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	2,30	3,21	2,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,21
4124	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310	2023-01-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	4,10	5,88	5,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,63
4125	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
4126	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
4127	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
4128	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01	3 lata	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postaci farmaceutyczne	119,75	140,53	140,53	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4129	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,40	41,62	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	12,49
4130	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	28 szt.	07613421058876	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	59,97	67,87	20,81	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	53,30
4131	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	56 szt.	07613421058883	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	119,99	133,59	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	104,46
4132	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991492724	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	16,20	21,91	20,81	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	7,34
4133	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991492731	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,40	41,62	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	12,49
4134	Vildagliptinum	Glypviso, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	34,72	44,43	44,43	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	13,33

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
4135	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	17,01	22,76	20,81	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	8,19
4136	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	34,02	43,32	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	14,19
4137	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	16,31	22,03	20,81	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	7,46
4138	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,62	41,85	41,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	12,72
4139	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	2023-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,38	41,97	41,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,59
4140	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	2023-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,38	41,97	41,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,59
4141	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2022-09-01 - dla kolumny 12, 2023-03-01 - 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
4142	Voriconazolum	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
4143	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05702157142187	2022-01-01	1 rok 10 miesięcy	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	100,44	119,23	119,23	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	35,77
4144	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05702150155153	2023-09-01	2 miesiące	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	200,88	228,69	228,69	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%	68,61
4145	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05702150152749	2023-07-01	4 miesiące	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
4146	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05702150155146	2023-09-01	2 miesiące	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	100,44	119,23	119,23	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	35,77
4147	Warfarinum natriicum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	14,47	18,30	11,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,84
4148	Warfarinum natriicum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	23,33	28,92	19,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,47
4149	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fioł.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061	2023-09-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	529,20	576,28	343,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	249,40
4150	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	2022-11-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	1058,40	1140,06	687,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	486,30

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4151	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2023-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	184,68	211,26	211,26	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
4152	Zuclopendixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	14,58	19,53	15,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,39
4153	Zuclopendixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	129,60	151,38	151,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
4154	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	33,48	21,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	11,72
4155	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,20	54,40	54,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00



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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych 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	2023-09-01	3 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	135,00	154,33	96,50	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	61,03
2	Dieta	Infatrini Peptisorb, płyn doustny	800 ml (4 x 200 ml)	8716900562433	2022-09-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	30,90	39,82	39,82	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	11,95
3	Dieta	Infatrini Powder, proszek	400 g	4008976681786	2021-11-01	2 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	51,80	64,33	64,33	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	3,20
4	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 1 Syneo, proszek	400 g	5900852033957	2022-01-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,24	43,08	21,44	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	28,07
5	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek	400 g	5900852033971	2022-01-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	39,02	48,90	43,98	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	18,11
6	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Blemil plus Elemental, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8426594103521	2023-05-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	84,95	102,11	100,89	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	4,42
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Humana SL, proszek	650 g	4031244002327	2021-11-01	3 lata	217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowe przeznaczone dla niemowląt od urodzenia	20,89	27,72	27,72	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	8,32
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek	400 g	5016533616170	2022-11-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,00	121,78	115,94	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	9,04
9	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek	400 g	5016533649970	2021-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,80	122,62	115,94	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	9,88
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek	400 g	5016533649956	2021-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,80	122,62	115,94	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	9,88
11	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate LCP, proszek	400 g	5016533646740	2022-01-01	3 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	125,50	146,87	146,87	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
12	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Syneo, proszek	400 g	5016533654677	2023-05-01	2 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	128,00	149,24	141,21	Postępowanie dietetyczne w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych u pacjentów do ukończenia 18 roku życia		ryczałt	11,23

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
13	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038819	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	44,50	52,09	23,43	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%	35,69
14	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038826	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	47,00	57,65	46,94	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	24,79
15	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038833	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,80	46,94	46,94	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	14,08
16	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8712045027554	2022-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	86,00	103,32	103,32	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	3,20
17	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen Puramino Junior, proszek	400 g	8712045037201	2023-05-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	100,92	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
18	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2022-01-01	3 lata	216.15, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjonowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	464,60	512,53	512,53	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
19	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku neutralnym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656763	2022-03-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	1008,03	1008,03	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
20	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku owoców leśnych, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656725	2022-03-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	1008,03	1008,03	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
21	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656749	2022-03-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	1008,03	1008,03	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 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
22	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
23	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
24	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, 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
25	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, 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
26	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, 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
27	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2022-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	278,83	312,59	312,59	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
28	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1 mix, proszek	400 g	4008976595304	2021-05-01	3 lata	216.3, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	112,00	131,98	131,98	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2022-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	312,40	348,72	348,72	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2022-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	334,60	372,61	372,61	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
31	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2022-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	390,36	432,63	432,63	Fenylketonuria		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
32	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake choco, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599234	2023-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	249,85	281,40	281,40	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599227	2023-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	249,85	281,40	281,40	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3, tabl. powł.	600 szt. (60 x 10 szt.)	4008976340331	2022-01-01	3 lata	216.6, Diety eliminacyjne w fenylketonurii porcjowane, w postaci tabletek powlekanych – przeznaczone dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	455,00	502,19	502,19	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
35	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2022-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	396,90	439,67	439,67	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
36	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego	450 g (10 x 45g)	4008976340294	2022-07-01	3 lata	216.18, Diety eliminacyjne w fenylketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	362,00	402,10	402,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2022-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	124,21	145,44	145,44	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2022-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	117,57	138,12	138,12	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2022-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	173,11	198,81	198,81	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
40	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648225	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	481,37	530,58	530,58	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
41	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648263	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	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 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
43	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648249	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	481,37	530,58	530,58	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
44	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648287	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	481,37	530,58	530,58	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
45	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059994	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	593,68	593,68	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
46	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059987	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	593,68	593,68	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
47	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Red, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059970	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	593,68	593,68	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
48	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 White, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059963	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	593,68	593,68	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
49	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059895	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	593,68	593,68	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
50	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940037	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
51	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940020	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
52	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Red, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940013	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 White, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940006	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
54	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060014059901	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
55	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940075	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
56	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940068	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	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
57	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Red, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940051	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
58	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 White, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940044	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
59	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060014059918	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
60	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942369	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
61	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942345	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
62	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942383	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
63	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku pomarańczowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942406	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	884,26	884,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
64	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942376	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
65	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942352	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942390	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942413	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1174,85	1174,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
68	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku malinowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051455	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	550,63	550,63	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
69	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051448	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	550,63	550,63	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
70	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051462	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	550,63	550,63	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
71	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647686	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	1009,11	1009,11	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
72	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 62,5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647693	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	1009,11	1009,11	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
73	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647747	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	1009,11	1009,11	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
74	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 62,5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647754	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	1009,11	1009,11	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
75	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647716	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	1009,11	1009,11	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
76	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 62,5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647723	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	1009,11	1009,11	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
77	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647778	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	1009,11	1009,11	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
78	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 62,5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647785	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	1009,11	1009,11	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
79	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex Select (herbata brzoskwiowa), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591631	2023-03-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	1009,11	1009,11	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
80	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex Select (herbata miętowa), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591648	2023-03-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	1009,11	1009,11	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
81	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czerwonoczerwonych owoców, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940105	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1527,51	1520,39	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	10,32
82	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940112	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1527,51	1520,39	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	10,32

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
83	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 dobowa tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
84	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 dobowa tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
85	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
86	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
87	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
88	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
89	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
90	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 <sup>2</sup>	1 szt.	5905669556088	2023-01-01	2 lata	267.3, Opatrunki biowchłaniające do ran bez cech infekcji	18,90	25,32	25,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,60
2	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A 10x10 cm, opatrunek alginianowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844714	2022-03-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,45	9,40	9,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,92
3	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A 10x10 cm, opatrunek alginianowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844714	2022-03-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217927	2022-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217927	2022-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013466	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013480	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013442	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,27	3,09	2,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
13	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124810	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	14,33	18,69	12,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,13
14	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124810	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	14,33	18,69	12,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,46
15	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124858	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	24,30	31,21	24,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,10
16	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124858	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	24,30	31,21	24,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,76
17	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124872	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	81,00	97,80	97,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,34
18	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124872	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	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 <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002970	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	13,10	18,00	17,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,06
20	Emplastry antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x19 cm, opatrunek, 199,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002994	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,71	31,12	30,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,51
21	Emplastry antimicrobiotica	Allelyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461652	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	11,39	15,64	14,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
22	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461652	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	11,39	15,64	14,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,60
23	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	16,22	21,94	21,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,58
24	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	16,22	21,94	21,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
25	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461621	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	7,45	10,16	7,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,63
26	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461621	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	7,45	10,16	7,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,26
27	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461928	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	21,57	27,24	19,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,31
28	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461928	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	21,57	27,24	19,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
29	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462314	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	11,29	15,53	14,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,70
30	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462314	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	11,29	15,53	14,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,49
31	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461805	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	29,16	36,80	31,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,69
32	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461805	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	29,16	36,80	31,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,21
33	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461836	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	44,76	55,86	55,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,76
34	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461836	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	44,76	55,86	55,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
35	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461867	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	32,40	41,25	40,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,84
36	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461867	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	32,40	41,25	40,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,67

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
37	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461898	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	50,76	63,08	63,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,92
38	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461898	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	50,76	63,08	63,08	Epidemolysis 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 <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123889	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,90	25,02	22,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,51
40	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123889	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,90	25,02	22,16	Epidemolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,86
41	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123896	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	41,90	52,62	49,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,73
42	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123896	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	41,90	52,62	49,85	Epidemolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,77
43	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129164	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	56,05	68,85	66,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,32
44	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129164	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	56,05	68,85	66,47	Epidemolysis bullosa		bezpłatny do limitu	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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
45	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibrer z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123902	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	74,41	89,96	88,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,93
46	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibrer z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123902	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	74,41	89,96	88,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,34
47	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibrer z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127153	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,90	25,02	22,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,51
48	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibrer z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127153	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,90	25,02	22,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,86
49	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibrer z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123773	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	29,05	37,30	34,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,07
50	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibrer z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123773	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	29,05	37,30	34,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,68
51	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibrer z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123780	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	56,70	69,65	67,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,16
52	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibrer z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123780	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	56,70	69,65	67,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,80



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
53	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277,2 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123803	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,41	63,56	61,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,57
54	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277,2 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123803	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,41	63,56	61,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,14
55	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123810	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	63,18	77,03	74,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,61
56	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123810	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	63,18	77,03	74,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,14
57	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123797	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	82,08	98,72	97,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,32
58	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123797	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	82,08	98,72	97,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,01
59	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129201	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	141,48	163,92	163,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	49,18
60	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129201	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	141,48	163,92	163,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
61	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,80	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	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 <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,89	5,22	3,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,65
67	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive 15x15 cm, przyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551601	2022-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	25,23	32,67	31,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,56
68	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive 18x18 cm, przyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, 324 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861496	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,29	51,15	45,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,31
69	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Heel 19x20 cm, przyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, na piętę, 380 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551632	2022-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	42,61	53,38	53,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,03
70	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Sacral 23x23 cm, przyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, na okolicę krzyżową, 529 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861489	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	68,09	81,76	74,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,76
71	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861519	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	24,89	31,90	28,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,24
72	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861519	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	24,89	31,90	28,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,82
73	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzyklepny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	29,16	36,80	31,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,69

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 pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
74	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	29,16	36,80	31,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,21
75	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861502	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	49,93	61,29	56,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,97
76	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861502	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	49,93	61,29	56,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,12
77	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151172	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,20	22,18	22,16	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,67
78	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 15x15 cm, opatrunek specjalistyczny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151189	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	36,45	46,90	46,90	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	14,07
79	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151226	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	97,20	116,06	116,06	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	34,82
80	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x4,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151202	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	14,58	20,11	19,94	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,15
81	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 2x45 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151158	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	14,58	20,11	19,94	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,15
82	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 45 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151196	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,55	22,46	9,97	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	15,48
83	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 135 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151219	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	21,87	29,17	29,17	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	8,75

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
84	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 5x5 cm, opatrunek specjalistyczny, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151165	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	9,09	11,37	5,54	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,49
85	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866877	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	11,21	15,54	14,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
86	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866877	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	11,21	15,54	14,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,25
87	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866860	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	21,60	28,58	28,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,57
88	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866860	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	21,60	28,58	28,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
89	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866891	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	11,21	15,54	14,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
90	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866891	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	11,21	15,54	14,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,25
91	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866884	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	21,60	28,58	28,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,57
92	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866884	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	21,60	28,58	28,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
93	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941374	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	24,84	32,49	32,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,75
94	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941374	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	24,84	32,49	32,49	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
95	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941367	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	19,00	25,33	24,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
96	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941367	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	19,00	25,33	24,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
97	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941381	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	36,23	46,25	46,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,88
98	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941381	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	36,23	46,25	46,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
99	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551027056	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	6,24	8,94	7,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,42
100	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551027056	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	6,24	8,94	7,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,05
101	Emplastry antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002291	2021-11-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	31,30	40,88	40,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,26
102	Emplastry antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002321	2021-11-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,93	25,71	25,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,71
103	Emplastry antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447930350	2022-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem-alginiatanowe ze srebrem	12,96	17,83	16,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,00
104	Emplastry antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447930381	2022-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem-alginiatanowe ze srebrem	25,92	33,80	33,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,14
105	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520737	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,73	23,79	22,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,28
106	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520744	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	53,19	65,85	65,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,76
107	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520720	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	6,38	9,18	7,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,59
108	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518017	2022-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	19,95	26,75	26,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,14
109	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518024	<1>2022-07-01/<2>2021-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	49,14	61,60	61,60	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,48

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
110	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518024	<1>2022-07-01/<2>2021-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	49,14	61,60	61,60	<2>Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
111	Emplastry antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny, 10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447309200	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	9,02	13,45	13,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,04
112	Emplastry antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447309323	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	9,02	13,45	13,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,04
113	Emplastry carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447037493	2022-01-01	3 lata	264.4, Opatrunki chłonne z węglem aktywowanym	4,21	6,19	6,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,86
114	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132027	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	23,55	22,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,04
115	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132027	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	23,55	22,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,39
116	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132034	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	39,27	49,85	49,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,96
117	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132034	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	39,27	49,85	49,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
118	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132041	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	106,92	126,27	126,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	37,88
119	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132041	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	106,92	126,27	126,27	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
120	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132010	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,54	6,60	5,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,72
121	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132010	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,54	6,60	5,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,06
122	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	61,02	74,67	68,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,89
123	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	61,02	74,67	68,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,41
124	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	116,10	136,51	136,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	40,95
125	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	116,10	136,51	136,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
126	Emplastry collagenosa	HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890922	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	55,67	68,79	68,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,64
127	Emplastry collagenosa	HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890922	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	55,67	68,79	68,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
128	Emplastry collagenosa	HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890915	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	31,32	40,32	38,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,24
129	Emplastry collagenosa	HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890915	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	31,32	40,32	38,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
130	Emplastry collagenosa	HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890946	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	31,32	40,32	38,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,24
131	Emplastry collagenosa	HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890946	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	31,32	40,32	38,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63
132	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422486	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	9,50	11,97	6,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,42
133	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422486	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	9,50	11,97	6,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,47
134	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422493	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	18,36	22,77	12,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,68
135	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422493	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	18,36	22,77	12,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,78
136	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422509	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	36,72	44,04	25,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,85
137	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422509	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	36,72	44,04	25,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	18,05
138	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816421	2021-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	28,19	34,98	24,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,06
139	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816421	2021-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	28,19	34,98	24,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	10,81
140	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816483	2021-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	55,13	66,10	47,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	32,93
141	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816483	2021-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	55,13	66,10	47,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	18,72
142	Emplastry collagenosa	Sorelex 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8595163717817	2022-03-01	3 lata	264.6, Opatrunki do ran zakażonych z kwasem hialuronowym i dichlorowodorkiem oktenidyny	29,16	37,71	37,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,31
143	Emplastry collagenosa	UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554863	2022-11-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanoligosacharydów	33,48	41,80	32,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,23



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
144	Emplastry collagenosa	UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554870	2022-11-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	65,88	80,59	80,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,18
145	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894530669	2022-11-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	41,58	51,14	38,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,06
146	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894549517	2022-11-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	65,34	80,03	80,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,01
147	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554887	2022-11-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	34,93	43,33	32,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,76
148	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554894	2022-11-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	67,75	82,56	80,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,15
149	Emplastry conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8681349103939	2022-09-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	15,07	20,48	20,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,14
150	Emplastry conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8681349103939	2022-09-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	15,07	20,48	20,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
151	Emplastry conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737043	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	8,16	10,68	7,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,61
152	Emplastry conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737043	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	8,16	10,68	7,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,43
153	Emplastry conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737074	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,28	21,77	14,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,62
154	Emplastry conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737074	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,28	21,77	14,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,27
155	Emplastry conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737258	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	19,20	24,06	16,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
156	Emplastry conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737258	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	19,20	24,06	16,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,74
157	Emplastry conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737401	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	29,68	36,86	29,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,56
158	Emplastry conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737401	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	29,68	36,86	29,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,86
159	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736534	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,93	11,33	11,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,40
160	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736534	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,93	11,33	11,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
161	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736596	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	11,86	16,35	16,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,93
162	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736596	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	11,86	16,35	16,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,03
163	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736749	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	20,29	27,00	27,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,10
164	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736749	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	20,29	27,00	27,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
165	Emplastry hydrocolloidosa	Biatain Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932699136	2022-05-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,85	19,43	14,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,46
166	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	6,16	8,48	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,78
167	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	6,16	8,48	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
168	Emplastr hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	11,29	15,62	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,04
169	Emplastr hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	11,29	15,62	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,51
170	Emplastr hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,99	7,25	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,55
171	Emplastr hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,99	7,25	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,53
172	Emplastr hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,80	15,11	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,53
173	Emplastr hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,80	15,11	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
174	Emplastr hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	14,96	20,23	20,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,13
175	Emplastr hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	14,96	20,23	20,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,08
176	Emplastr hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	19,66	26,16	26,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,85
177	Emplastr hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	19,66	26,16	26,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
178	Emplastr hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylne, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,91	7,17	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,47

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
179	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,91	7,17	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,45
180	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,98	15,30	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,72
181	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,98	15,30	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,19
182	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,80	4,08	3,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,43
183	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,80	4,08	3,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,30
184	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	7,40	9,78	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,08
185	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	7,40	9,78	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,06
186	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	19,22	23,96	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,38
187	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	19,22	23,96	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,85
188	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	31,10	38,18	26,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,38
189	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	31,10	38,18	26,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,32
190	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll concave 8x12 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 96 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222501	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	15,50	18,22	6,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,71

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
191	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll sacral 12x18 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 216 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222529	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	24,01	28,89	14,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,73
192	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	6,35	8,68	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,98
193	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	6,35	8,68	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,96
194	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	11,58	15,93	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35
195	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	11,58	15,93	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,82
196	Emplastry hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447546964	2022-11-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	4,75	8,48	8,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,54
197	Emplastry hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447546995	2022-11-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,50	15,47	15,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,64
198	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844721	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,75	7,00	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,30
199	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844721	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,75	7,00	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,28
200	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844745	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,79	15,10	15,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,53
201	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844745	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,79	15,10	15,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
202	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516849290	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,68	25,13	25,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,54
203	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516849290	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,68	25,13	25,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
204	Emplastry hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	8,59	12,00	11,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,13
205	Emplastry hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	8,59	12,00	11,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,75
206	Emplastry hydropolymeros	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	5,81	8,39	7,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
207	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	5,81	8,39	7,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,59
208	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,89	9,88	9,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,33
209	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,89	9,88	9,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,52
210	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	13,66	18,71	18,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,61
211	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	13,66	18,71	18,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
212	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,08	5,71	4,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,43
213	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,08	5,71	4,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,03
214	Emplastry hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2021-07-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	60,48	74,46	74,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,34
215	Emplastry hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2021-07-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	60,48	74,46	74,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
216	Emplastry hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223480	2023-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,88	11,25	11,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,38
217	Emplastry hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223480	2023-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,88	11,25	11,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
218	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	38,07	47,12	36,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,72
219	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	38,07	47,12	36,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	10,83
220	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	61,56	75,60	75,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,68
221	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	61,56	75,60	75,60	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
222	Emplastry microfibrillum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000174	2022-03-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,49	35,69	35,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,71
223	Emplastry microfibrillum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000174	2022-03-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,49	35,69	35,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
224	Emplastry microfibrillum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000167	2022-03-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	29,16	37,71	37,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,31
225	Emplastry microfibrillum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000167	2022-03-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	29,16	37,71	37,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
226	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allewyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463908	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,80	9,88	9,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,50
227	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allewyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463908	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,80	9,88	9,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,77
228	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allewyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476182	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,04	19,23	18,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,47
229	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allewyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476182	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,04	19,23	18,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,00
230	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allewyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463960	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,69	15,05	14,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,08
231	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allewyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463960	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,69	15,05	14,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,81
232	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allewyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463991	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,49	28,49	27,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,95

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
233	Emplastru microfibrinum cellulosa	Allewyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463991	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,49	28,49	27,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,58
234	Emplastru microfibrinum cellulosa	Allewyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463878	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,07	5,95	5,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,36
235	Emplastru microfibrinum cellulosa	Allewyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463878	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,07	5,95	5,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,82
236	Emplastru microfibrinum cellulosa	Allewyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223465230	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	33,48	42,92	42,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,88
237	Emplastru microfibrinum cellulosa	Allewyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223465230	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	33,48	42,92	42,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
238	Emplastru microfibrinum cellulosa	Allewyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475499	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,80	9,88	9,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,50
239	Emplastru microfibrinum cellulosa	Allewyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475499	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,80	9,88	9,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,77
240	Emplastru microfibrinum cellulosa	Allewyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475581	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	16,20	21,87	20,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,52
241	Emplastru microfibrinum cellulosa	Allewyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475581	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	16,20	21,87	20,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,37
242	Emplastru microfibrinum cellulosa	Allewyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475611	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,63	6,77	5,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,69



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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
243	Emplastru microfibrilum cellulosa	Alleyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475611	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,63	6,77	5,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,94
244	Emplastru microfibrilum cellulosa	Alleyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476885	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,23	15,62	14,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,67
245	Emplastru microfibrilum cellulosa	Alleyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476885	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,23	15,62	14,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,40
246	Emplastru microfibrilum cellulosa	Alleyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476502	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,66	21,30	20,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,95
247	Emplastru microfibrilum cellulosa	Alleyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476502	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,66	21,30	20,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,80
248	Emplastru microfibrilum cellulosa	Alleyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223477981	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,61	12,67	8,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,74
249	Emplastru microfibrilum cellulosa	Alleyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223477981	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,61	12,67	8,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
250	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478018	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,69	19,10	13,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,79
251	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478018	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,69	19,10	13,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,80
252	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478049	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,52	26,20	19,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,74
253	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478049	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,52	26,20	19,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,97
254	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 21x21 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478070	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	37,26	46,01	35,72	Przewlekłe owrzodzenia		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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
255	Emplastrum microfibrillum cellulosa	Allevyn Life Heel 25x25,2 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 25cm x 25,2cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 545 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223482503	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	48,60	59,60	49,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,84
256	Emplastrum microfibrillum cellulosa	Allevyn Life Sacrum 17,2x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 17,2cm x 17,5cm, 235 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223481421	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,52	26,56	21,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,57
257	Emplastrum microfibrillum cellulosa	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 <sup>2</sup>	1 szt.	5000223481452	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	33,35	41,84	35,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,22
258	Emplastrum microfibrillum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	10,69	14,83	12,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,93
259	Emplastrum microfibrillum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	10,69	14,83	12,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,11
260	Emplastrum microfibrillum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	24,05	31,31	28,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,28
261	Emplastrum microfibrillum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	24,05	31,31	28,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
262	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,28	4,50	3,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,27
263	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,28	4,50	3,18	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,32
264	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123834	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	10,10	14,22	12,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,32
265	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123834	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	10,10	14,22	12,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,50
266	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127115	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	10,10	14,22	12,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,32
267	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127115	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	10,10	14,22	12,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,50
268	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123711	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	15,77	21,35	19,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,44
269	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123711	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	15,77	21,35	19,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,48
270	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 277.2 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123759	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,98	36,26	35,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,59
271	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 277.2 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123759	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,98	36,26	35,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,01
272	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123841	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,72	29,92	28,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,89
273	Emplastr microfibricum cellulosa	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123841	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,72	29,92	28,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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 microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123865	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	30,29	39,04	38,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,34
275	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123865	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	30,29	39,04	38,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,89
276	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123766	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	34,13	43,69	42,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,60
277	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123766	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	34,13	43,69	42,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,70
278	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123728	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	30,92	39,80	38,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,54
279	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123728	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	30,92	39,80	38,95	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,85
280	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123858	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,14	50,87	50,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,26
281	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123858	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,14	50,87	50,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
282	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123735	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	44,53	55,91	55,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,77
283	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123735	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	44,53	55,91	55,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
284	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123742	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	75,73	91,92	91,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,58
285	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123742	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	75,73	91,92	91,92	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
286	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861557	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	9,93	12,24	5,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,17
287	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861571	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	15,47	18,87	9,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,51
288	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861564	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	32,12	38,17	18,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,98
289	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861540	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	5,70	7,01	3,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,72
290	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 380 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861526	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	38,63	45,51	22,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,03
291	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861533	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	52,25	60,96	30,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,42
292	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476300	2021-03-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	11,19	13,56	5,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,49
293	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476300	2021-03-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	11,19	13,56	5,82	Epidemolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,74
294	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476294	2021-03-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	24,12	28,87	13,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,71
295	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476294	2021-03-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	24,12	28,87	13,09	Epidemolysis bullosa		bezpłatny do limitu	15,78
296	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 10x10 cm, przylepny opatrunek hydrokapilamy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551540	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	11,02	14,79	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,19
297	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek hydrokapilamy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551571	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	21,38	28,01	27,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
298	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861588	2021-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	39,69	49,61	49,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,20
299	Emplastry microfibrillum cellulosaec	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106331	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	9,40	13,09	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,49
300	Emplastry microfibrillum cellulosaec	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106362	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	18,79	24,86	24,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,65
301	Emplastry microfibrillum cellulosaec	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106423	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	21,14	27,76	27,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
302	Emplastry microfibrillum cellulosaec	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106485	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	37,58	47,40	47,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,22
303	Emplastry microfibrillum cellulosaec	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x30 cm, opatrunek, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106515	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	56,38	69,13	69,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,74
304	Emplastry microfibrillum cellulosaec	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x40 cm, opatrunek, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106546	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	75,17	90,69	90,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,21
305	Emplastry microfibrillum cellulosaec	ConvaMax Superabsorber przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106607	2022-05-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	13,33	11,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95
306	Emplastry microfibrillum cellulosaec	ConvaMax Superabsorber przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106690	2022-05-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,14	28,03	26,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,18
307	Emplastry microfibrillum cellulosaec	ConvaMax Superabsorber przylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106751	2022-05-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	37,58	47,88	47,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,36
308	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223466695	2022-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,72	13,82	12,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,92
309	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223466725	2022-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	21,87	29,02	28,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,99

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
310	Emplastry microfibrificum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142231	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,82	12,00	9,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,62
311	Emplastry microfibrificum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142231	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,82	12,00	9,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,89
312	Emplastry microfibrificum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142248	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	19,85	25,70	20,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,35
313	Emplastry microfibrificum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142248	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	19,85	25,70	20,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,20
314	Emplastry microfibrificum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142255	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,83	8,09	6,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,88
315	Emplastry microfibrificum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142255	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,83	8,09	6,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,08
316	Emplastry microfibrificum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142224	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,65	7,84	5,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,76
317	Emplastry microfibrificum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142224	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,65	7,84	5,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,01
318	Emplastry microfibrificum cellulosa	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004257	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,67	4,92	3,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,37



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
319	Emplastry microfibrillum cellulosa	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004257	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,67	4,92	3,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,28
320	Emplastry microfibrillum cellulosa	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004264	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	9,26	13,14	13,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,94
321	Emplastry microfibrillum cellulosa	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004264	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	9,26	13,14	13,14	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
322	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013953	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	12,61	9,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,23
323	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013953	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	12,61	9,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,50
324	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343014028	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,15	27,06	20,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,71
325	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343014028	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,15	27,06	20,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,56
326	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343014141	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	28,19	35,46	27,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,32
327	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343014141	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	28,19	35,46	27,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,12
328	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025956	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,09	48,20	37,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,66
329	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025956	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,09	48,20	37,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	10,29
330	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025987	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	47,56	58,11	46,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,82
331	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025987	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	47,56	58,11	46,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,98
332	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026847	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	9,40	13,33	11,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95
333	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026847	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	9,40	13,33	11,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,36

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
334	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026915	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	21,15	28,03	26,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,18
335	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026915	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	21,15	28,03	26,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,10
336	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026977	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	37,58	47,88	47,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,36
337	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026977	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	37,58	47,88	47,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
338	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013762	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	12,61	9,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,23
339	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013762	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	12,61	9,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,50
340	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013793	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,15	27,06	20,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,71
341	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013793	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,15	27,06	20,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,56
342	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013878	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	37,58	46,44	36,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,93
343	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013878	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	37,58	46,44	36,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,99
344	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025895	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	16,45	21,38	15,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,22
345	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025895	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	16,45	21,38	15,95	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,43
346	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019184	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	12,61	9,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,23
347	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019184	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	12,61	9,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,50
348	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019214	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,15	27,06	20,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,71
349	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019214	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,15	27,06	20,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,56

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
350	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019269	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	93,96	110,62	91,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	46,83
351	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019269	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	93,96	110,62	91,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	19,49
352	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019153	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,80	6,56	4,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,31
353	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019153	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,80	6,56	4,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,91
354	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019405	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	12,61	9,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,23
355	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019405	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	12,61	9,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,50
356	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019450	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,15	27,06	20,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,71
357	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019450	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,15	27,06	20,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,56
358	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019375	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,28	7,22	5,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,63
359	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019375	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,28	7,22	5,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,09
360	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343067321	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,10	11,73	11,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,52
361	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Superabsorbent 10x15 cm, opatrunek, 150 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343067338	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	12,15	16,97	16,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,09
362	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Superabsorbent 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343066157	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	16,20	22,14	22,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,64
363	Emplastry microfibrillum cellulosa	Kliniderm Superabsorbent 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343067307	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	32,40	41,96	41,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,59

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
364	Emplastry microfibricum cellulosaee	Kliniderm Superabsorbent 20x30 cm, opatrunek, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343067314	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	47,95	60,29	60,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,09
365	Emplastry microfibricum cellulosaee	Kliniderm Superabsorbent 20x40 cm, opatrunek, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343048290	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	63,94	78,90	78,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,67
366	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430504999	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,11	26,80	19,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,40
367	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430504999	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,11	26,80	19,14	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,66
368	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430446459	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	16,96	21,64	14,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,67
369	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430446459	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	16,96	21,64	14,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,40
370	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430505019	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	32,18	39,72	27,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,18
371	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430505019	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	32,18	39,72	27,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,81
372	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551306441	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	105,08	122,29	91,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	58,50
373	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551306441	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	105,08	122,29	91,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	31,16
374	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249473	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	12,61	9,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,23
375	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249473	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,40	12,61	9,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,50
376	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249497	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,14	27,06	20,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,71
377	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249497	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,14	27,06	20,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,56
378	Emplastry microfibricum cellulosaee	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249459	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,28	7,22	5,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249459	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,28	7,22	5,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,09
380	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666598	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	16,96	21,64	14,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,67
381	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666598	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	16,96	21,64	14,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,40
382	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666642	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	29,11	36,50	27,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,96
383	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666642	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	29,11	36,50	27,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,59
384	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666505	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	7,61	9,90	5,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,83
385	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666505	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	7,61	9,90	5,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,09
386	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430727572	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,98	28,64	24,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,22
387	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430727572	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	21,98	28,64	24,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,76
388	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430008800	2022-11-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	43,20	54,40	54,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,32
389	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430008800	2022-11-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	43,20	54,40	54,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
390	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7310792907108	2022-11-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	8,59	11,75	9,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,31
391	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7310792907108	2022-11-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	8,59	11,75	9,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,55
392	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179527	2021-09-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,64	12,29	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,69

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
393	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179527	2021-09-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,64	12,29	12,29	Epidemolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
394	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179428	2022-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	18,33	24,72	24,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,42
395	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179442	2022-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	28,05	37,31	37,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,19
396	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoClean 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520270	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,83	13,81	13,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,56
397	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoClean 15x15 cm, opatrunek na rany, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520287	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	22,12	29,10	29,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,73
398	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoClean 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520294	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	29,48	37,94	37,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,38
399	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoClean 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520263	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	3,54	5,15	4,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,82
400	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoClean ROPE 40x5 cm, opatrunek na rany, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520300	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	19,66	26,13	26,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,84
401	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518048	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	11,40	15,86	15,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,76
402	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518048	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	11,40	15,86	15,86	Epidemolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
403	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518055	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	28,62	37,04	37,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,11
404	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518055	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	28,62	37,04	37,04	Epidemolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
405	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518062	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	57,24	70,58	70,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,17
406	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518062	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	57,24	70,58	70,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
407	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518079	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,50	13,47	13,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,22
408	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518086	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	28,51	36,93	36,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,08
409	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518086	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	28,51	36,93	36,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
410	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518116	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,50	13,47	13,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,22
411	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 13x13 cm, opatrunek na rany, 169 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518123	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	16,06	21,73	21,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,52
412	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518130	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	28,51	36,93	36,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,08
413	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 8x8 cm, opatrunek na rany, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518109	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	6,08	8,79	8,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,87
414	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum 20x20 cm, opatrunek na rany, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518147	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	38,02	48,40	48,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,52
415	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb adhesive opatrunek z superabsorbentem, samoprzylepny 12x12 cm, opatrunek z superabsorbentem, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447587721	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	11,56	16,25	16,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,88
416	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067429	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,75	8,21	8,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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 microfibrillum cellulosaec	Vliwasorb Pro 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067443	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	5,18	9,78	9,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,93
418	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Vliwasorb Pro 12,5x22,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 281.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067467	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,75	15,52	15,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,66
419	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Vliwasorb Pro 22x22 cm, opatrunek z superabsorbentem , 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067481	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,12	24,77	24,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,43
420	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Vliwasorb Pro 22x32 cm, opatrunek z superabsorbentem , 704 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067504	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	21,60	33,57	33,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,07
421	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Vliwasorb sensitive 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610104740	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	15,98	22,23	22,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,67
422	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Vliwasorb sensitive 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610104733	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	12,48	17,68	17,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,30
423	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Vliwasorb sensitive 15x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 375 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610104757	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	29,97	39,52	39,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,86
424	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Vliwasorb sensitive 20x30 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610104771	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	47,52	60,32	60,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,10
425	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	9,50	13,20	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,60
426	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	9,50	13,20	12,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,91
427	Emplastry microfibrillum cellulosaec	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,01	25,09	24,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,88



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
428	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,01	25,09	24,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,51
429	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	76,03	91,59	91,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,48
430	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	76,03	91,59	91,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
431	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276106	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	19,00	25,40	23,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,64
432	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276106	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	19,00	25,40	23,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,46
433	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276069	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,84	20,16	18,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,07
434	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276069	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,84	20,16	18,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,46
435	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276274	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	47,50	59,32	59,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,80
436	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276274	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	47,50	59,32	59,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
437	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298290	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,84	20,16	18,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,07

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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
438	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298290	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,84	20,16	18,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,46
439	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298337	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	29,08	37,56	36,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,90
440	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298337	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	29,08	37,56	36,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,90
441	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298412	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	47,50	59,32	59,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,80
442	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298412	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	47,50	59,32	59,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
443	Emplastry polyurethanum spumatum	Alleyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415587	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,08	10,06	9,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,70
444	Emplastry polyurethanum spumatum	Alleyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415587	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,08	10,06	9,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,97
445	Emplastry polyurethanum spumatum	Alleyn Adhesive 17,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415594	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	13,89	18,86	17,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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	Allevyn Adhesive 17,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415594	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	13,89	18,86	17,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,04
447	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 22,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416799	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	21,92	28,95	28,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,69
448	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 22,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416799	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	21,92	28,95	28,95	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
449	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426705	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,57	10,38	8,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61
450	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426705	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,57	10,38	8,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,13
451	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,32	6,35	5,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres 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
452	Emplastry polyurethanum spumatum	Allelyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,32	6,35	5,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,53
453	Emplastry polyurethanum spumatum	Allelyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	8,10	11,73	11,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,58
454	Emplastry polyurethanum spumatum	Allelyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	8,10	11,73	11,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,09
455	Emplastry polyurethanum spumatum	Allelyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	17,28	23,27	23,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,98
456	Emplastry polyurethanum spumatum	Allelyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	17,28	23,27	23,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
457	Emplastry polyurethanum spumatum	Allelyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426736	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	21,17	28,02	28,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
458	Emplastry polyurethanum spumatum	Allelyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426736	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	21,17	28,02	28,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
459	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611832	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezijną opaską kompresyjną	96,31	114,69	114,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,41
460	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611832	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezijną opaską kompresyjną	96,31	114,69	114,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
461	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611818	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezijną opaską kompresyjną	73,40	89,28	87,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,11
462	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611818	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezijną opaską kompresyjną	73,40	89,28	87,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89
463	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611870	2021-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezijną opaską kompresyjną	96,31	114,69	114,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,41
464	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611870	2021-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezijną opaską kompresyjną	96,31	114,69	114,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
465	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611856	2021-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezijną opaską kompresyjną	73,40	89,28	87,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,11

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	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	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611856	2021-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalamina lub cynkiem oraz kohezijną opaską kompresyjną	73,40	89,28	87,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89
467	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683094	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,02	12,21	9,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,83
468	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683124	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,72	18,24	14,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,27
469	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683186	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,20	26,07	20,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,72
470	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683216	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,72	45,54	36,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,03
471	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63,75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683155	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,92	8,13	5,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,06
472	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683308	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,02	12,21	9,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,83
473	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649917687	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	43,43	54,48	53,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,00
474	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649917700	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,55	20,52	16,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,04
475	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649917663	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	27,00	34,18	27,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,20
476	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	0382903205189	2022-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	18,14	23,33	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	10,61
477	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	0382903205172	2022-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	18,14	23,33	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	10,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
478	Igły do penów	Easydrip Classic 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	6972857293000	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,18	18,11	18,11	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,43
479	Igły do penów	Easydrip Classic 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	6972857293017	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,18	18,11	18,11	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,43
480	Igły do penów	Iglessy 0,23x4 mm (32G), igły	100 szt.	5907553012045	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,23	18,17	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,45
481	Igły do penów	Iglessy 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012021	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,23	18,17	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,45
482	Igły do penów	Iglessy 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012038	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,23	18,17	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,45
483	Igły do penów	Iglessy 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	5907553012014	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,23	18,17	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,45
484	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	18,34	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,62
485	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	18,34	18,17	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,62
486	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,88	11,25	11,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,38
487	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,88	11,25	11,25	Epidemolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
488	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
489	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,04	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
490	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,04	37,66	Cukrzyca		30%	11,68
491	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,16	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,70
492	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,16	37,66	Cukrzyca		30%	11,80
493	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2021-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	58,97	72,53	72,53	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
494	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2021-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	58,97	72,53	72,53	Cukrzyca		30%	21,76
495	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,04	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,58
496	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,04	37,66	Cukrzyca		30%	11,68
497	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,60	37,12	37,12	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
498	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,60	37,12	37,12	Cukrzyca		30%	11,14
499	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,88	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,42
500	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,88	37,66	Cukrzyca		30%	11,52
501	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,88	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,42

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
502	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,88	37,66	Cukrzyca		30%	11,52
503	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,28	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,82
504	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,28	37,66	Cukrzyca		30%	11,92
505	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,25	34,25	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
506	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,25	34,25	Cukrzyca		30%	10,28
507	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,05	37,59	37,59	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
508	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,05	37,59	37,59	Cukrzyca		30%	11,28
509	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,57	36,57	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
510	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,57	36,57	Cukrzyca		30%	10,97
511	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2023-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,40	36,91	36,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
512	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2023-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,40	36,91	36,91	Cukrzyca		30%	11,07
513	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,86	36,34	36,34	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
514	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,86	36,34	36,34	Cukrzyca		30%	10,90
515	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2021-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,44	35,44	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
516	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2021-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,44	35,44	Cukrzyca		30%	10,63
517	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,91	37,45	37,45	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
518	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,91	37,45	37,45	Cukrzyca		30%	11,24
519	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,51	37,03	37,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
520	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,51	37,03	37,03	Cukrzyca		30%	11,11
521	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,75	38,33	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,87
522	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,75	38,33	37,66	Cukrzyca		30%	11,97
523	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,02	37,56	37,56	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
524	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,02	37,56	37,56	Cukrzyca		30%	11,27
525	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosure HT, test paskowy	50 szt.	4713648760811	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,57	36,57	Cukrzyca		30%	10,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
526	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,38	37,93	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,47
527	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,38	37,93	37,66	Cukrzyca		30%	11,57
528	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2022-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,97	36,46	36,46	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
529	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2022-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,97	36,46	36,46	Cukrzyca		30%	10,94
530	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,25	34,25	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
531	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,25	34,25	Cukrzyca		30%	10,28
532	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2022-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,14	37,14	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
533	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2022-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,14	37,14	Cukrzyca		30%	11,14
534	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,12	37,66	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
535	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,12	37,66	37,66	Cukrzyca		30%	11,30
536	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,60	37,12	37,12	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
537	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,60	37,12	37,12	Cukrzyca		30%	11,14

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
538	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9120015788258	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,44	35,44	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
539	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9120015788258	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,44	35,44	Cukrzyca		30%	10,63

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
4	Acalabrutinibum	Calquence, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05000456061698	2023-01-01	2 lata	1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutynib	24840,00	26082,00	26082,00	B.79.	bezpłatny	0 zł
5	Acidum carglumicum	Carbaglu, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	05909990213894	2023-03-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	18360,00	19278,00	19278,00	B.143.	bezpłatny	0 zł
6	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	272,16	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
7	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	1088,64	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	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	1088,64	<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	1088,64	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
10	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034213	<1><2><3><4><5>2023-03-01/<6>2022-03-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1448,81	1521,25	1088,64	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
11	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034220	<1><2><3><4><5>2023-03-01/<6>2022-03-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1448,81	1521,25	1088,64	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
12	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	1088,64	B.32.	bezpłatny	0 zł
13	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	1088,64	B.32.	bezpłatny	0 zł
14	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	1 wstrzykiwacz 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem	05996537014243	2023-05-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	646,92	679,27	544,32	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem	05996537014250	<1><2><3><4><5>2023-05-01/<6>2023-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1036,80	1088,64	1088,64	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
16	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg	1 wstrzykiwacz 0,8 ml + 2 gaziki nasączone alkoholem	05996537016087	<1><2><3><4><5>2023-05-01/<6>2023-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1036,80	1088,64	1088,64	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
17	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991083397	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5953,50	6251,18	6251,18	B.6.	bezpłatny	0 zł
18	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991083434	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5953,50	6251,18	6251,18	B.6.	bezpłatny	0 zł
19	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991083465	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5953,50	6251,18	6251,18	B.6.	bezpłatny	0 zł
20	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991039400	2023-01-01	3 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	1046,36	1098,68	1098,68	B.4.	bezpłatny	0 zł
21	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 8 ml	05909991039462	2023-01-01	3 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	2092,72	2197,36	2197,36	B.4.	bezpłatny	0 zł
22	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	2022-11-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	2106,00	2211,30	2211,30	B.70.	bezpłatny	0 zł
23	Agalsidasum alfa	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. 3,5 ml	05909990999514	2023-09-01	3 lata	1191.1, Agalzydaza alfa	5940,00	6237,00	6237,00	B.104.	bezpłatny	0 zł
24	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg	1 fiol.	05909990971213	2023-09-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	11374,31	11943,03	11943,03	B.104.	bezpłatny	0 zł
25	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05909990013654	2023-09-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	1624,91	1706,16	1706,16	B.104.	bezpłatny	0 zł
26	Albutrepenacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326180	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	8532,00	8958,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
27	Albutrepenacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326197	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	17064,00	17917,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
28	Albutrepenacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326166	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2133,00	2239,65	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
29	Albutrepenacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326173	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	4266,00	4479,30	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
30	Alectinibum	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg	224 szt.	05902768001143	2023-07-01	2 lata	1190.0, Alectinib	22826,62	23967,95	23967,95	B.6.	bezpłatny	0 zł
31	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	05909991088156	2023-01-01	2 lata	1160.0, Alemtuzumab	28288,31	29702,73	29702,73	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
32	Alglucosidasum alfa	Myozym, 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
33	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991236618	2022-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1778,11	1867,02	1867,02	B.101.	bezpłatny	0 zł
34	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzykiwacz	05909991441166	2022-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1778,11	1867,02	1867,02	B.101.	bezpłatny	0 zł
35	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	07613421024826	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	13500,00	14175,00	14175,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
36	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	07613421024840	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	13500,00	14175,00	9450,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
37	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 50+200 mg	56 szt. (28 x 50 mg + 28 x 200 mg)	07613421024833	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	13500,00	14175,00	11812,50	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
38	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
39	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
40	Anifrolumabum	Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 2 ml	05000456072700	2023-09-01	2 lata	1284.0, Anifrolumab	4255,20	4467,96	4467,96	B.150.	bezpłatny	0 zł
41	Apalutamidum	Erleada, tabl. powł., 60 mg	120 szt.	05413868117059	2023-03-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	12380,04	12999,04	12999,04	B.56.	bezpłatny	0 zł
42	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol.a 20 ml	05909991247904	2022-09-01	3 lata	1177.0, Apomorfin	756,00	793,80	793,80	B.90.	bezpłatny	0 zł
43	Atalurenium	Translama, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 1000 mg	30 sasz.	05391528830510	2022-03-01	2 lata	1239.0, Ataluren	112877,80	118521,69	118521,68	B.130.	bezpłatny	0 zł
44	Atalurenium	Translama, 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
45	Atalurenium	Translama, 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
46	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fiol.a 20 ml	05902768001167	<1>2022-05-01/<2>2023-09-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	17643,23	18525,39	18525,39	<1>B.5.; <2>B.6.	bezpłatny	0 zł
47	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 840 mg	1 fiol.a 14 ml	07613326025546	2023-09-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	12350,25	12967,76	12967,76	B.6.	bezpłatny	0 zł
48	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	10 szt.	07350031443110	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	2675,69	2809,47	2809,47	B.97.	bezpłatny	0 zł
49	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	15 szt.	07350031443127	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	4013,54	4214,22	4214,22	B.97.	bezpłatny	0 zł
50	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	07350031443134	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	8027,07	8428,42	8428,42	B.97.	bezpłatny	0 zł
51	Avelumabum	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	04054839462153	<1>2023-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1223.0, Awelumab	3697,92	3882,82	3882,82	<1>B.117.; <2>B.141.	bezpłatny	0 zł
52	Axicabtagene ciloleucel	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 <sup>8</sup> - 2 x 10 <sup>8</sup> komórek	1 worek po 68 ml	05909991438487	2022-05-01	2 lata	1226.1, Aksykabtagen cyloleucel	1407665,52	1478048,80	1478048,80	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
53	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2022-09-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	2456,73	2579,57	2579,57	B.10.	bezpłatny	0 zł
54	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2022-09-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	12281,22	12895,28	12895,28	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
55	Azacitidine	Onureg, tabl. powł., 200 mg	7 szt.	07640133688435	2023-05-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	33728,40	35414,82	35414,82	B.114.	bezpłatny	0 zł
56	Azacitidine	Onureg, tabl. powł., 300 mg	7 szt.	07640133688442	2023-05-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	33728,40	35414,82	35414,82	B.114.	bezpłatny	0 zł
57	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 2 mg	35 szt.	03837000170740	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	5194,85	5454,59	5454,59	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
58	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 4 mg	35 szt.	03837000170825	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	5194,85	5454,59	5454,59	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
59	Bedaquilinum	Sirturo, tabl., 100 mg	188 szt.	05909991140984	2022-09-01	1 rok 6 miesięcy	1249.0, Bedakilina	64038,60	67240,53	67240,53	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
60	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
61	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
62	Betainum anhydricum	Cystadane, proszek doustny, 1 g	180 g	03663502000441	2023-01-01	3 lata	1084.0, Betaine anhydrous	1728,00	1814,40	1814,40	B.21.	bezpłatny	0 zł
63	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2021-09-01/<2><5>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	459,00	481,95	481,95	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
64	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	05909990010486	<1>2021-03-01/<2>2023-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01/<5>2023-07-01	<1>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1171,80	1230,39	481,95	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
65	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2021-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01/<5>2023-07-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	541,46	568,53	481,95	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
66	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><2><3><5>2022-03-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	456,30	479,12	479,12	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
67	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	297,00	311,85	311,85	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
68	Bewacyzumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	<1><2><3><5>2021-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	475,20	498,96	481,95	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
69	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
70	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05413787220618	2023-03-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	8880,22	9324,23	9324,23	B.47.	bezpłatny	0 zł
71	Binimetinib	Mektovi, tabl. powł., 15 mg	84 szt.	03573994003922	2022-09-01	2 lata	1214.0, Binimetynib	10753,91	11291,61	11291,61	B.59.	bezpłatny	0 zł
72	Blinatumomabum	Blinicyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg	1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml	05909991256371	2023-01-01	2 lata	1188.0, Blinatumomab	9984,83	10484,07	10484,07	B.65.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
73	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
74	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
75	Bosentanum	Bosentan Ranbaxy, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05909991488529	2023-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	756,00	793,80	793,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
76	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
77	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991056841	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutynib	2003,51	2103,69	2103,69	B.14.	bezpłatny	0 zł
78	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991056865	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutynib	10017,54	10518,42	10518,42	B.14.	bezpłatny	0 zł
79	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	<1>2023-01-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 8 miesięcy/<2>2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	13068,00	13721,40	13721,40	<1>B.66; <2>B.77.	bezpłatny	0 zł
80	Brexucabtagene autoleucel	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 <sup>8</sup> – 2 x 10 <sup>8</sup> komórek	1 worek po 68 ml	05909991460662	2023-09-01	2 lata	1226.2, Breksukabtagen autoleucel	1428840,00	1500282,00	1500282,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
81	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	17567,28	18445,64	18445,64	B.6.	bezpłatny	0 zł
82	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	07038319119970	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	2927,88	3074,27	3074,27	B.6.	bezpłatny	0 zł
83	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	8783,64	9222,82	9222,82	B.6.	bezpłatny	0 zł
84	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90+180 mg	28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg)	07038319119987	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	17567,28	18445,64	16139,94	B.6.	bezpłatny	0 zł
85	Brolucizumabum	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 amp.-strzyk. 0,165 ml	07613421034993	2021-11-01	2 lata	1235.0, Brolucizumab	2847,61	2990,00	2990,00	B.70.	bezpłatny	0 zł
86	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 4,5 ml	05909991452742	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5443,20	5715,36	2570,21	B.56.	bezpłatny	0 zł
87	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991452728	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	6048,00	6350,40	2855,79	B.56.	bezpłatny	0 zł
88	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 6 ml	05909991452735	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	7257,60	7620,48	3426,95	B.56.	bezpłatny	0 zł
89	Cabazitaxelum	Eleber, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. 1,5 ml + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	08594739254732	2023-05-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3263,76	3426,95	3426,95	B.56.	bezpłatny	0 zł
90	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2023-05-01/<2>2022-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	29665,44	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
91	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2023-05-01/<2>2022-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	29665,44	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
92	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2023-05-01/<2>2022-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	29665,44	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
93	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.	05909991298463	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	728,28	764,69	764,69	B.54.	bezpłatny	0 zł
94	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991298470	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	2184,84	2294,08	2294,08	B.54.	bezpłatny	0 zł
95	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol.	05909991256388	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	4369,68	4588,16	4588,16	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
96	Cemiplimabum	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol.	05909991408329	<1>2023-01-01/<2>2023-05-01/<3>2021-11-01	2 lata	1231.0, Cemiplimab	18543,60	19470,78	19470,78	<1>B.6.; <2>B.88.; <3>B.125.	bezpłatny	0 zł
97	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
98	Certolizumabum pegol	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml	2 amp.-strz.	05909990734894	<1><2><3>2023-09-01/<4>2023-01-01/<5>2021-09-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1104.0, Certolizumab pegol	2848,59	2991,02	2991,02	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
99	Cetuximabum	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990035946	<1>2023-03-01/<2>2022-03-01	2 lata	1057.0, Cetuximab	3828,60	4020,03	4020,03	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
100	Cetuximabum	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2023-03-01/<2>2022-03-01	2 lata	1057.0, Cetuximab	765,72	804,01	804,01	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
101	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05055565762707	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	324,00	340,20	340,20	B.39.	bezpłatny	0 zł
102	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05055565762714	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	648,00	680,40	680,40	B.39.	bezpłatny	0 zł
103	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05055565762721	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	972,00	1020,60	1020,60	B.39.	bezpłatny	0 zł
104	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
105	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
106	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
107	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991417192	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	216,00	226,80	226,80	B.39.	bezpłatny	0 zł
108	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05909991417253	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	432,00	453,60	453,60	B.39.	bezpłatny	0 zł
109	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05909991417314	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	648,00	680,40	680,40	B.39.	bezpłatny	0 zł
110	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
111	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
112	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
113	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	1 szt.	04054839365331	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladybina	9345,24	9812,50	9812,50	B.29.	bezpłatny	0 zł
114	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	4 szt.	04054839365348	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladybina	37380,96	39250,01	39250,01	B.29.	bezpłatny	0 zł
115	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	6 szt.	04054839365355	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladybina	56071,44	58875,01	58875,01	B.29.	bezpłatny	0 zł
116	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powł., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2021-03-01	3 lata	1158.0, Kobimetynib	21600,00	22680,00	22680,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
117	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg	60 szt.	05909991004484	2022-09-01	3 lata	1151.0, Kryzotymib	13940,42	14637,44	14637,44	B.6.	bezpłatny	0 zł
118	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909991004507	2022-09-01	3 lata	1151.0, Kryzotymib	17425,53	18296,81	18296,81	B.6.	bezpłatny	0 zł
119	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	17794,08	18683,78	18683,78	B.59.	bezpłatny	0 zł
120	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	4151,95	4359,55	4359,55	B.59.	bezpłatny	0 zł
121	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	26691,12	28025,68	28025,68	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
122	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	6227,93	6539,33	6539,33	B.59.	bezpłatny	0 zł
123	Daratumumabum	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)	1 fiol. 15 ml	05413868119596	<1>2023-01-01/<2>2023-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	30824,11	32365,32	32365,32	<1>B.54.; <2>B.145.	bezpłatny	0 zł
124	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991275235	2023-01-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	6849,80	7192,29	7192,29	B.54.	bezpłatny	0 zł
125	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991275228	2023-01-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	1712,46	1798,08	1798,07	B.54.	bezpłatny	0 zł
126	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
127	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
128	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
129	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
130	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
131	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
132	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991419943	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3790,80	3980,34	3980,34	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
133	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991419950	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5307,12	5572,48	5572,48	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
134	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991419790	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1516,32	1592,14	1592,14	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
135	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991419875	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3790,80	3980,34	3980,34	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
136	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991419929	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3032,64	3184,27	3184,27	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
137	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991386870	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3985,20	4184,46	4184,46	B.65.	bezpłatny	0 zł
138	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991386900	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5579,28	5858,24	5858,24	B.65.	bezpłatny	0 zł
139	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991386733	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1594,08	1673,78	1673,78	B.65.	bezpłatny	0 zł
140	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991386764	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3985,20	4184,46	4184,46	B.65.	bezpłatny	0 zł
141	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991386825	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3188,16	3347,57	3347,57	B.65.	bezpłatny	0 zł
142	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991418779	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	4050,00	4252,50	4252,50	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
143	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991418793	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5670,00	5953,50	5953,50	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
144	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991418670	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1620,00	1701,00	1701,00	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
145	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991418687	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	4050,00	4252,50	4252,50	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł

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

146	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991418762	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3240,00	3402,00	3402,00	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
147	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671601	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	13589,39	14268,86	4252,50	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
148	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909990818655	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	19025,15	19976,41	5953,50	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
149	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990621323	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5435,76	5707,55	1701,00	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
150	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990621354	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	13589,39	14268,86	4252,50	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
151	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990818631	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	10871,51	11415,09	3402,00	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
152	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
153	Dexamethasonum	Ozurdex, implant doszklistkowy, 700 µg	1 implant doszklistkowy z aplikatorem	05909990796663	<1>2023-07-01/<2>2023-09-01	2 lata	1161.1, Deksametazon w postaci implantów do ciała szklonego	4201,20	4411,26	4411,26	<1>B.70.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł
154	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	00646520415445	2022-09-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	1021,68	1072,76	1072,76	B.29.	bezpłatny	0 zł
155	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	00646520415452	2022-09-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	4086,72	4291,06	4291,06	B.29.	bezpłatny	0 zł
156	Dinutuximabum beta	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml	1 fiol.po 4,5 ml	05060146291736	2022-09-01	2 lata	1208.0, Dinutuksymab beta	39580,62	41559,65	41559,65	B.110.	bezpłatny	0 zł
157	Dostarlimabum	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991449872	2023-09-01	2 lata	1280.0, Dostarlimab	26107,82	27413,21	27413,21	B.148.	bezpłatny	0 zł
158	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 amp.-strzyk. po 1,14 ml	05909991404741	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4884,93	5129,18	5129,18	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
159	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę	05909991341435	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4884,93	5129,18	5129,18	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
160	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	2023-03-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	9828,00	10319,40	10319,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
161	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 2,4 ml	05000456031486	2023-01-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	2358,72	2476,66	2476,66	B.6.	bezpłatny	0 zł
162	Eculizumabum	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	08715131025755	2023-09-01	2 lata	1171.0, Eculizumab	12485,45	13109,72	13109,72	B.96.	bezpłatny	0 zł
163	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	13109,72	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
164	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246488	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2592,00	2721,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
165	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246495	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3888,00	4082,40	4082,40	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
166	Efinorotocogum 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
167	Efinorotocogum 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
168	Efinorotocogum 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
169	Efinorotocogum 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
170	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	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	4201,20	4411,26	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
171	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	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	8402,40	8822,52	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
172	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	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1050,30	1102,82	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
173	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	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	12603,60	13233,78	8164,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
174	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	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2100,60	2205,63	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
175	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
176	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
177	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.	08027950032181	2023-01-01	2 lata	1269.0, Elotuzumab	6264,00	6577,20	6577,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
178	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.	08027950032198	2023-01-01	2 lata	1269.0, Elotuzumab	8352,00	8769,60	8769,60	B.54.	bezpłatny	0 zł
179	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990748204	<1><3>2021-11-01/<2>2023-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	3218,23	3379,14	3379,14	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
180	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990748235	<1><3>2021-11-01/<2>2023-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	6436,45	6758,27	6758,27	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
181	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	03573994003939	2022-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	2923,20	3069,36	3069,36	B.59.	bezpłatny	0 zł
182	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	2022-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	6314,10	6629,81	6629,81	B.59.	bezpłatny	0 zł
183	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991363734	<1>2023-01-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	43,20	45,36	45,36	<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
184	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991363826	2023-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	86,40	90,72	90,72	B.1.	bezpłatny	0 zł
185	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
186	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
187	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
188	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
189	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
190	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
191	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	07613326024891	2023-01-01	2 lata	1270.0, Entrectynib	5095,23	5349,99	5349,99	B.6.	bezpłatny	0 zł
192	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg	90 szt.	07613326024624	2023-01-01	2 lata	1270.0, Entrectynib	30571,39	32099,96	32099,96	B.6.	bezpłatny	0 zł
193	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
194	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
195	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
196	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
197	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
198	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
199	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
200	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
201	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
202	Esketaminum	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg	1 fiol. po 28 mg	05413868117400	2023-07-01	2 lata	1278.0, Esketamina	903,66	948,84	948,84	B.147.	bezpłatny	0 zł
203	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990880881	2022-09-01	2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept	550,80	578,34	578,34	B.33.	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
204	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990777938	<1><2><3>2022-09-01/<4>2021-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	1377,00	1445,85	1445,85	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
205	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990618255	2021-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2754,00	2891,70	2891,70	B.47.	bezpłatny	0 zł
206	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990712755	2021-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2754,00	2891,70	2891,70	B.47.	bezpłatny	0 zł
207	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	09002260025770	<1><2><3>2020-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1026,00	1077,30	1077,30	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
208	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strzyk.	08712371016697	2023-05-01	2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2052,00	2154,60	2154,60	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.82.	bezpłatny	0 zł
209	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	09002260025794	<1><2><3>2020-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
210	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	08712371016680	2023-05-01	2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2052,00	2154,60	2154,60	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.82.	bezpłatny	0 zł
211	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	09002260025787	<1><2><3>2020-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
212	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990900602	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	10935,00	11481,75	11481,75	B.89.	bezpłatny	0 zł
213	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990900565	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	3928,50	4124,93	4124,93	B.89.	bezpłatny	0 zł
214	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990900589	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	7857,00	8249,85	8249,85	B.89.	bezpłatny	0 zł
215	Evolocumabum	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg	2 wstrzykiwacze	05909991224370	2022-11-01	2 lata	1198.0, Ewolokumab	1700,14	1785,15	1785,15	B.101.	bezpłatny	0 zł
216	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 1200 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990645220	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1814,40	1905,12	1905,12	B.15.	bezpłatny	0 zł
217	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 600 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990643110	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	907,20	952,56	952,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
218	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
219	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

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
220	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml	05909991213695	2022-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1939,14	B.15.	bezpłatny	0 zł
221	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909991213688	2022-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	923,40	969,57	969,57	B.15.	bezpłatny	0 zł
222	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
223	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
224	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
225	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 1 000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. (1000 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825349	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1939,14	B.15.	bezpłatny	0 zł
226	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 250 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. (250 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825301	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	461,70	484,79	484,79	B.15.	bezpłatny	0 zł
227	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. (500 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825332	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	923,40	969,57	969,57	B.15.	bezpłatny	0 zł
228	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
229	Filgotinibum	Jyseleca, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05430002329178	<1>2023-05-01/<2>2023-07-01	2 lata	1276.0, Filgotynib	2916,00	3061,80	3061,80	<1>B.55.; <2>B.33.	bezpłatny	0 zł
230	Fingolimodum	Gaxenim, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	03830070471786	2022-09-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2700,00	2835,00	2835,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
231	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909990856480	2022-11-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	5092,06	5346,66	2835,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
232	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
233	Gemtuzumabum ozogamicinum	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05415062328576	2022-09-01	2 lata	1251.0, Gemtuzumab ozogamycyny	28080,00	29484,00	29484,00	B.114.	bezpłatny	0 zł
234	Gilteritinibi fumaras	Xospata, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909991426460	2022-09-01	2 lata	1250.0, Gilterytynib	90847,99	95390,39	95390,39	B.114.	bezpłatny	0 zł
235	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
236	Glatirameri acetatas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 amp.-strzyk.	05909990017065	2022-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetatas	2970,00	3118,50	2447,17	B.29.	bezpłatny	0 zł
237	Glatirameri acetatas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991216382	2022-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetatas	2970,00	3118,50	2097,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
238	Glatirameri acetatas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	28 amp.-strz. po 1 ml	05909991282882	2022-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetatas	2330,64	2447,17	2447,17	B.29.	bezpłatny	0 zł
239	Glatirameri acetatas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991353926	2022-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetatas	1998,00	2097,90	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
240	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powł., 100+40 mg	84 szt.	08054083015927	2022-09-01	3 lata	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	48858,16	51301,07	51301,07	B.71.	bezpłatny	0 zł
241	Glyceroli phenylbutyras	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml	1 butelka 25 ml + 1 nasadka	07350110580354	2022-11-01	2 lata	1262.0, Fenylołamaślan glicerolu	774,79	813,53	813,53	B.140.	bezpłatny	0 zł
242	Golimimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2022-09-01	2 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2772,63	2911,26	2911,26	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
243	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2023-03-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	9049,32	9501,79	9501,79	B.47.	bezpłatny	0 zł
244	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413868116687	2023-05-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	9007,20	9457,56	9457,56	B.35.	bezpłatny	0 zł
245	Ibrutinibum	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg	120 szt.	05909991195144	2023-05-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	31104,00	32659,20	32659,20	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
246	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05413868117011	<1>2023-05-01<2>2023-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 8 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	10908,00	11453,40	8164,80	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
247	Ibrutinibum	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg	90 szt.	05909991195137	2023-01-01	1 rok 8 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	23328,00	24494,40	24494,40	B.79.	bezpłatny	0 zł
248	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 280 mg	30 szt.	05413868117028	<1>2023-05-01<2>2023-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 8 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	21816,00	22906,80	16329,60	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
249	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 420 mg	30 szt.	05413868117035	<1>2023-05-01<2>2023-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 8 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	32724,00	34360,20	24494,40	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
250	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 560 mg	30 szt.	05413868117042	2023-05-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	43632,00	45813,60	32659,20	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
251	Idursulfasum	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 3 ml	05909990053742	2023-01-01	3 lata	1062.0, Idursulfase	10464,31	10987,53	10987,53	B.25.	bezpłatny	0 zł
252	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
253	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
254	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
255	Imlifidasum	Idefix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033	2022-09-01	2 lata	1252.0, Imlifidaza	732353,40	768971,07	768971,07	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
256	Imlifidasum	Idefix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040	2022-09-01	2 lata	1252.0, Imlifidaza	1464706,80	1537942,14	1537942,14	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
257	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990797868	<1>2022-01-01/<2><3>2022-05-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1209,60	1270,08	1270,08	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
258	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990797875	<1>2022-07-01/<2><3>2022-05-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2419,20	2540,16	2540,16	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
259	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990869572	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	507,60	532,98	532,98	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł



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
260	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990869657	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1015,20	1065,96	1065,96	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
261	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990869541	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	253,80	266,49	266,49	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
262	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991067380	<1>2022-07-01/<2>2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2538,00	2664,90	2664,90	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
263	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
264	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991292898	<1>2022-11-01/<2>2020-11-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	561,60	589,68	589,68	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
265	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991292874	<1>2022-11-01/<2>2020-11-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1123,20	1179,36	1179,36	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
266	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991292904	<1>2022-11-01/<2>2020-11-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2246,40	2358,72	2358,72	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
267	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991292881	<1>2022-11-01/<2>2020-11-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	280,80	294,84	294,84	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
268	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2430,00	2551,50	2551,50	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
269	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	4860,00	5103,00	5103,00	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
270	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	607,50	637,88	637,88	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
271	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	7290,00	7654,50	7654,50	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
272	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1215,00	1275,75	1275,75	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
273	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
274	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
275	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
276	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
277	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

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	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
279	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
280	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
281	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
282	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
283	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
284	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
285	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
286	Inclisiranum	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 284 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	07613421047276	2022-11-01	2 lata	1261.0, Inclisiran	10798,92	11338,87	11338,87	B.101.	bezpłatny	0 zł
287	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05713219492751	<1>2021-05-01/<2><3><4><5><6>2022-05-01	<1><5>3 lata/<2><3><4><6>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	939,60	986,58	657,72	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
288	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991086305	<1><6>2021-01-01/<2><3><4><5>2023-09-01	<1><6>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	626,40	657,72	657,72	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
289	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	657,72	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
290	Inotuzumabum ozogamicini	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. proszku	05907636977193	2023-01-01	2 lata	1219.0, Inotuzumab ozogamicyny	42973,20	45121,86	45121,86	B.65.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
291	Interferon beta-1b	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg	15 zest.	05909990619375	2022-11-01	2 lata	1024.5, Interferonum beta 1b	2317,68	2433,56	2433,56	B.29.	bezpłatny	0 zł
292	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 amp.-strz. + 4 igły	05909990008148	2022-09-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2928,68	3075,11	3075,11	B.29.	bezpłatny	0 zł
293	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 wstrz.	05909991001407	2022-09-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2928,68	3075,11	3075,11	B.29.	bezpłatny	0 zł
294	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	12 amp.-strz.a 0,5 ml	05909990874934	2022-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	3470,04	3643,54	3643,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
295	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	4 wkł.a 1,5 ml	05909990728497	2022-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	3470,04	3643,54	3643,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
296	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990872442	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5>2023-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	13622,90	14304,05	14304,05	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.;<5>B.59.	bezpłatny	0 zł
297	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990872459	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5>2023-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	54491,61	57216,19	57216,19	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.;<5>B.59.	bezpłatny	0 zł
298	Isatuximabum	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 25 ml	05909991427832	2023-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	10599,17	11129,13	11129,13	B.54.	bezpłatny	0 zł
299	Isatuximabum	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909991427818	2023-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	2119,83	2225,82	2225,82	B.54.	bezpłatny	0 zł
300	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	00351167136201	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	20327,72	21344,11	21344,11	B.112.	bezpłatny	0 zł
301	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	50382,00	52901,10	52901,10	B.112.	bezpłatny	0 zł
302	Ivacaftorum	Kalydeco, granulát w saszetce, 50 mg	56 szt.	00351167112205	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	50382,00	52901,10	52901,10	B.112.	bezpłatny	0 zł
303	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	00351167144503	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	20327,72	21344,11	21344,11	B.112.	bezpłatny	0 zł
304	Ivacaftorum	Kalydeco, granulát w saszetce, 75 mg	56 szt.	00351167113103	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	50382,00	52901,10	52901,10	B.112.	bezpłatny	0 zł
305	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulát, 125+100 mg	56 sasz.	00351167131701	2022-03-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	48511,44	50937,01	33867,69	B.112.	bezpłatny	0 zł
306	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulát, 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
307	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
308	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 75+50 mg	28 szt.	00351167144404	2022-03-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	21234,93	22296,68	11148,34	B.112.	bezpłatny	0 zł
309	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
310	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg	3 szt.	03400930077696	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	17820,00	18711,00	10758,83	B.54.	bezpłatny	0 zł
311	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg	3 szt.	03400930077719	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	17820,00	18711,00	14033,25	B.54.	bezpłatny	0 zł
312	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg	3 szt.	03400930077726	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	17820,00	18711,00	18711,00	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
313	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	<1>2023-01-01/<2><4>2022-07-01/<3>2022-11-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1184.0, Ixekizumab	9280,85	9744,89	9744,89	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.82.	bezpłatny	0 zł
314	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powł., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2023-03-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	169,70	178,19	178,19	B.113.	bezpłatny	0 zł
315	Lamivudinum	Lamivudine Aurovitas, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991464127	2023-03-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	80,57	84,60	84,60	B.1.	bezpłatny	0 zł
316	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2022-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	107,50	112,88	84,60	B.1.	bezpłatny	0 zł
317	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 amp.-stryk.	00642621076103	2023-09-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	58231,44	61143,01	61143,01	B.122.	bezpłatny	0 zł
318	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 fiol.	05060147027884	2023-09-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	58231,44	61143,01	61143,01	B.122.	bezpłatny	0 zł
319	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	140 szt.	05909990851973	2023-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	6457,49	6780,36	6780,36	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
320	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	70 szt.	05909990851966	2023-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	3228,75	3390,19	3390,19	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
321	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
322	Larotrectinibum	Vitrakvi, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	04057598011815	2023-03-01	2 lata	1272.0, Larotrectynib	21357,83	22425,72	22425,72	B.144.	bezpłatny	0 zł
323	Larotrectinibum	Vitrakvi, roztwór doustny, 20 mg/ml	2 butelki 50 ml	04057598012287	2023-05-01	2 lata	1272.0, Larotrectynib	7627,79	8009,18	8009,18	B.144.	bezpłatny	0 zł
324	Larotrectinibum	Vitrakvi, kaps. twarde, 25 mg	56 szt.	04057598011792	2023-03-01	2 lata	1272.0, Larotrectynib	5339,44	5606,41	5606,41	B.144.	bezpłatny	0 zł
325	Ledipasvirum + Sofosbuvirum	Harvoni, tabl. powł., 90+400 mg	28 szt.	05391507141217	2022-11-01	3 lata	1135.3, Leki przeciwwirusowe - ledipaswir, sofosbuvir	56158,92	58966,87	58966,87	B.71.	bezpłatny	0 zł
326	Letermovir	Prevmis, tabl. powł., 240 mg	28 szt.	00191778018905	2022-07-01	2 lata	1248.0, Letermovir	19440,00	20412,00	20412,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
327	Letermovir	Prevmis, tabl. powł., 480 mg	28 szt.	00191778018899	2022-07-01	2 lata	1248.0, Letermovir	38880,00	40824,00	40824,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
328	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
329	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
330	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
331	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05397203001220	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	103880,88	109074,92	109074,92	B.101.	bezpłatny	0 zł
332	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05397203001237	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	103880,88	109074,92	109074,92	B.101.	bezpłatny	0 zł
333	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05397203001213	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	103880,88	109074,92	109074,92	B.101.	bezpłatny	0 zł
334	Lonotocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326111	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2268,00	2381,40	2381,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
335	Lonotocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326128	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3402,00	3572,10	3572,10	B.15.	bezpłatny	0 zł
336	Lonotocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326135	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4536,00	4762,80	4762,80	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
337	Lonotocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326098	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	567,00	595,35	595,35	B.15.	bezpłatny	0 zł
338	Lonotocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326142	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	5670,00	5953,50	5953,50	B.15.	bezpłatny	0 zł
339	Lonotocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326159	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	6804,00	7144,20	7144,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
340	Lonotocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326104	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1134,00	1190,70	1190,70	B.15.	bezpłatny	0 zł
341	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05415062343531	2023-09-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	20007,72	21008,11	21008,11	B.6.	bezpłatny	0 zł
342	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 25 mg	90 szt.	05415062348147	2023-09-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	15005,79	15756,08	15756,08	B.6.	bezpłatny	0 zł
343	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
344	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	1 fiol.	07640133688244	2023-01-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropozę - luspatercept	7103,27	7458,43	7458,43	B.142.	bezpłatny	0 zł
345	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg	1 fiol.	07640133688251	2023-01-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropozę - luspatercept	21309,80	22375,29	22375,29	B.142.	bezpłatny	0 zł
346	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml	1 fiol. 20,5 - 25 ml	05909991350963	2022-11-01	2 lata	1170.1, Oksodotreotyd lutetu Lu-177	91800,00	96390,00	96390,00	B.139.	bezpłatny	0 zł
347	Macitentanum	Opsumit, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	07640111931133	2022-09-01	1 rok 2 miesiące	1139.0, Macytentan	10277,90	10791,80	10791,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
348	Mecaserminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990076024	2023-09-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2664,93	2798,18	2798,18	B.20.	bezpłatny	0 zł
349	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
350	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
351	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
352	Mercaptamini bitartras	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	03663502001011	2023-09-01	2 lata	1084.1, Cysteamina	950,40	997,92	997,92	B.61.	bezpłatny	0 zł
353	Mercaptamini hydrochloridum	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml	1 fiol. 5 ml	03663502000274	2022-11-01	2 lata	1084.2, Cysteamina do oczu	4935,60	5182,38	5182,38	B.61.	bezpłatny	0 zł
354	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	112 szt.	05909991341527	2023-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	56190,48	59000,00	59000,00	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
355	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	56 szt.	05909991353995	2023-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	28095,24	29500,00	29500,00	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
356	Migalastatum	Galafold, kaps. twarde, 123 mg	14 szt.	05909991390273	2022-11-01	2 lata	1215.0, Migalastatum	64570,89	67799,43	67799,43	B.104.	bezpłatny	0 zł
357	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
358	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

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
359	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
360	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
361	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990084333	2022-11-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	6156,00	6463,80	6463,80	B.29.	bezpłatny	0 zł
362	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
363	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991206444	<1>2022-03-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	5238,00	5499,90	5499,90	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
364	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991206468	<1>2022-03-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	9288,00	9752,40	9752,40	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
365	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	9743,12	10230,28	10230,28	B.6.	bezpłatny	0 zł
366	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991203887	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	6192,00	6501,60	5115,14	B.6.	bezpłatny	0 zł
367	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	9288,00	9752,40	7672,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
368	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
369	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
370	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
371	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
372	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
373	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 kaps.	07350031442182	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	6318,00	6633,90	5472,95	B.76.	bezpłatny	0 zł
374	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 kaps.	07350031442267	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1263,60	1326,78	1094,59	B.76.	bezpłatny	0 zł
375	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 kaps.	07350031441833	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	12636,00	13267,80	10945,90	B.76.	bezpłatny	0 zł
376	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 kaps.	07350031442229	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	3159,00	3316,95	2736,48	B.76.	bezpłatny	0 zł
377	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991220518	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5><6>2023-09-01/<7>2022-09-01	<1><2><3><4><5><6><7>2 lata/<4>2 lata 8 miesięcy	1144.0, Niwolumab	6388,86	6708,30	6708,30	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.52.; <5>B.58.; <6>B.59.; <7>B.77.	bezpłatny	0 zł
378	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909991220501	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5><6>2023-09-01/<7>2022-09-01	<1><2><3><4><5><6><7>2 lata/<4>2 lata 8 miesięcy	1144.0, Niwolumab	2555,54	2683,32	2683,32	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.52.; <5>B.58.; <6>B.59.; <7>B.77.	bezpłatny	0 zł
379	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
380	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
381	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
382	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
383	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210120	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2592,00	2721,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
384	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210137	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	5184,00	5443,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
385	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210090	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	648,00	680,40	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
386	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210144	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	7776,00	8164,80	8164,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
387	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210106	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1296,00	1360,80	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
388	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg	1 fiol. 5 ml	05713219500975	2023-01-01	3 lata	1185.0, Nusinersen	325080,00	341334,00	341334,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
389	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	<1>2 lata/<2>10 miesięcy	1148.0, Obinutuzumab	11502,00	12077,10	12077,10	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
390	Ocrelizumabum	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05902768001174	2022-11-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	22499,64	23624,62	23624,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
391	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
392	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
393	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
394	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
395	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
396	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
397	Ofatumumabum	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	1 wstrz.	07613421040123	2022-11-01	2 lata	1257.0, Ofatumumab	5997,62	6297,50	6297,50	B.29.	bezpłatny	0 zł

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
398	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05000456031325	<1><3>2022-11-01/<2>2023-03-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	10586,16	11115,47	11115,47	<1>B.50.; <2>B.56.; <3>B.85.	bezpłatny	0 zł
399	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05000456031318	<1><3>2022-11-01/<2>2023-03-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	10586,16	11115,47	11115,47	<1>B.50.; <2>B.56.; <3>B.85.	bezpłatny	0 zł
400	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
401	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
402	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
403	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
404	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
405	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
406	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
407	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
408	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
409	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
410	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
411	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701151	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
412	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701182	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
413	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227702837	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
414	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702868	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
415	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702899	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
416	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 8,3 ml	05397227701083	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
417	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	3 fiol. 8,3 ml	05397227701113	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
418	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	4 fiol. 8,3 ml	05397227701144	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
419	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	5 fiol. 8,3 ml	05397227701175	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
420	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	6 fiol. 8,3 ml	05397227702820	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
421	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	7 fiol. 8,3 ml	05397227702851	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
422	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	8 fiol. 8,3 ml	05397227702882	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
423	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	9 fiol. 8,3 ml	05397227702912	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	9018000,00	9468900,00	9468900,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
424	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2023-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	24840,00	26082,00	13041,00	B.6.	bezpłatny	0 zł
425	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2023-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	24840,00	26082,00	26082,00	B.6.	bezpłatny	0 zł
426	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg	7 szt. (4 x 0,23 mg + 3 x 0,46mg)	07640133688220	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	1397,24	1467,10	523,97	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
427	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg	28 szt.	07640133688237	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	5588,96	5868,41	5868,41	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
428	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
429	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 100 mg	21 szt.	05415062353684	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	9612,00	10092,60	10092,60	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
430	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 125 mg	21 szt.	05415062353691	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	9612,00	10092,60	10092,60	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
431	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 75 mg	21 szt.	05415062353677	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	9612,00	10092,60	10092,60	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
432	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	05000456067720	2023-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	1585,71	1665,00	1665,00	B.40.	bezpłatny	0 zł
433	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	05000456067713	2023-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	3171,42	3329,99	3329,99	B.40.	bezpłatny	0 zł
434	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990646555	2022-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	5184,00	5443,20	5443,20	B.4.	bezpłatny	0 zł
435	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990646531	2022-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	1296,00	1360,80	1360,80	B.4.	bezpłatny	0 zł
436	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.	05909990942022	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcitol	63,18	66,34	66,34	B.39.	bezpłatny	0 zł
437	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241091243	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcitol	63,18	66,34	66,34	B.39.	bezpłatny	0 zł
438	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol. a 1 ml	05909990942060	2021-03-01	3 lata	1131.0, Parykalcitol	157,95	165,85	165,85	B.39.	bezpłatny	0 zł
439	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241079906	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcitol	157,95	165,85	165,85	B.39.	bezpłatny	0 zł
440	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 fiołki	03663502002582	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9398,03	9867,93	2560,54	B.118.	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
441	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
442	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
443	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
444	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
445	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
446	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
447	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
448	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
449	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg	1 fiol. 20 ml	07350031443950	2023-09-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	17339,40	18206,37	18206,37	B.96.	bezpłatny	0 zł
450	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg	8 fiol. 20 ml	07350031443967	2023-09-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	138715,20	145650,96	145650,96	B.96.	bezpłatny	0 zł
451	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
452	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
453	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
454	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	00646520442274	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
455	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520442113	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
456	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	00646520441970	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
457	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520437201	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
458	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006281	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	7560,00	7938,00	7938,00	B.99.	bezpłatny	0 zł
459	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006298	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	11340,00	11907,00	11907,00	B.99.	bezpłatny	0 zł
460	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315958	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	15120,00	15876,00	15876,00	B.99.	bezpłatny	0 zł
461	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315965	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	18900,00	19845,00	19845,00	B.99.	bezpłatny	0 zł

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
462	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	<1><6>2023-03-01/<2><7>2023-01-01/<5>2022-09-01/<3>2023-07-01/<4>2023-09-01	2 lata	1143.0, Pembrolizumab	14082,64	14786,77	14786,77	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.9.FM; <4>B.10.; <5>B.52.; <6>B.58.; <7>B.59.	bezpłatny	0 zł
463	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05902768001006	2023-09-01	6 miesięcy	1147.0, Pertuzumab	11016,00	11566,80	11566,80	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
464	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05902768001181	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	6966,00	7314,30	2857,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
465	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05902768001198	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1741,50	1828,58	714,42	B.87.	bezpłatny	0 zł
466	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05902768001211	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	6966,00	7314,30	2857,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
467	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05909991497118	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2180,00	2289,00	2289,00	B.87.	bezpłatny	0 zł
468	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05909991497125	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	545,00	572,25	572,25	B.87.	bezpłatny	0 zł
469	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05909991497156	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2180,00	2289,00	2289,00	B.87.	bezpłatny	0 zł
470	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05909991494223	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2376,00	2494,80	2494,80	B.87.	bezpłatny	0 zł
471	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05909991494230	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2376,00	2494,80	2494,80	B.87.	bezpłatny	0 zł
472	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	07613421107284	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2721,60	2857,68	2857,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
473	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	07613421107277	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	680,40	714,42	714,42	B.87.	bezpłatny	0 zł
474	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	07613421107291	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2721,60	2857,68	2857,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
475	Pixantroni dimaleas	Pixuvri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg	1 fiol.	05909991206475	2022-05-01	2 lata	1165.0, Piksantron	1334,51	1401,24	1401,24	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
476	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.12.FM.	bezpłatny	0 zł
477	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. proszku	07613326029353	2022-09-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	9713,75	10199,44	10199,44	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
478	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
479	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05909991185589	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
480	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
481	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05909991185596	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
482	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
483	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05909991185602	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
484	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
485	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05909991185619	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
486	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2023-07-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	18873,81	19817,50	19817,50	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
487	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2023-07-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	18873,81	19817,50	19817,50	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
488	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	05413868120363	2022-11-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	578,67	607,60	607,60	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
489	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	04150172422851	2023-07-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	578,67	607,60	607,60	B.29.	bezpłatny	0 zł
490	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05413868120370	2022-11-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3904,31	4099,53	4099,47	B.29.	bezpłatny	0 zł
491	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139	2022-09-01	2 lata	1253.0, Pretomanid	15454,80	16227,54	16227,54	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
492	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
493	Ramucirumabum	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	2 fiol.po 10 ml	05909991205898	2022-11-01	2 lata	1266.0, Ramucyrumab	3628,80	3810,24	3810,24	B.58.	bezpłatny	0 zł
494	Ranibizumab	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml	05909990000005	2023-01-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	2815,56	2956,34	1927,80	B.70.	bezpłatny	0 zł
495	Ranibizumab	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml + igła z filtrem	05909991497316	2023-05-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1836,00	1927,80	1927,80	B.70.	bezpłatny	0 zł
496	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg	1 fiol. 11 ml	05391527740162	2023-09-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	77113,08	80968,73	80968,73	B.95.; B.96.	bezpłatny	0 zł
497	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 3 ml	05391527740179	2023-09-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	21030,84	22082,38	22082,38	B.95.; B.96.	bezpłatny	0 zł
498	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powł., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2022-09-01	2 lata	1195.0, Rybocyklib	10267,32	10780,69	10780,69	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
499	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
500	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1 mg	42 szt.	05908229300336	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
501	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
502	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2 mg	42 szt.	05908229300398	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
503	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
504	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 wstrzyk.po 1 ml	08054083023021	<1>2023-05-01/<2>2023-03-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	12421,08	13042,13	13042,13	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
505	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml	2 ampulko-strzykawki + 2 gaziki nasączone alkoholem	08054083019277	<1>2023-05-01/<2>2023-03-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	12421,08	13042,13	13042,13	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
506	Risdiplamum	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml	1 but. po 80 ml	07613326029896	2022-09-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	38475,23	40398,99	40398,99	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
507	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909990418817	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2199,64	2309,62	1087,51	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
508	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990418824	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	5500,55	5775,58	2718,77	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł

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
509	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2021-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	1035,72	1087,51	1087,51	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
510	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2021-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2589,30	2718,77	2718,77	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
511	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	476,28	500,09	500,09	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
512	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2381,40	2500,47	2500,47	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
513	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg	1 fiol. proszku	08715131018139	<1>2023-05-01/<2>2022-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	1217,14	1278,00	1278,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
514	Romiplostimum	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg	1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku	05909990766994	<1>2023-05-01/<2>2022-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	2434,28	2555,99	2555,99	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
515	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 100 mg	12 szt.	05909991458720	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	1181,28	1240,34	1240,34	B.37.	bezpłatny	0 zł
516	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 150 mg	12 szt.	05909991458737	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	1771,93	1860,53	1860,53	B.37.	bezpłatny	0 zł
517	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 20 mg	12 szt.	05909991458690	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	236,29	248,10	248,10	B.37.	bezpłatny	0 zł
518	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 50 mg	12 szt.	05909991458706	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	590,64	620,17	620,17	B.37.	bezpłatny	0 zł
519	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 70 mg	12 szt.	05909991458713	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	826,88	868,22	868,22	B.37.	bezpłatny	0 zł
520	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067125	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2646,00	2778,30	2778,30	B.15.	bezpłatny	0 zł
521	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	00642621067132	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	5292,00	5556,60	5556,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
522	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067101	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	661,50	694,58	694,58	B.15.	bezpłatny	0 zł
523	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067118	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1323,00	1389,15	1389,15	B.15.	bezpłatny	0 zł
524	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991198282	2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	13020,75	13671,79	13671,79	B.149.	bezpłatny	0 zł
525	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991053789	<1>2022-07-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	13020,75	13671,79	13671,79	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
526	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991053833	<1>2022-07-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	13020,75	13671,79	13671,79	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
527	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991053758	<1>2022-07-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	6510,38	6835,90	6835,90	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
528	Sacituzumabum govitecanum	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	05391507146816	2022-11-01	2 lata	1265.0, Sacytuzumab gowitekan	4644,00	4876,20	4876,20	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł

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
529	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322	2022-11-01	2 lata	1260.0, Satralizumab	32940,00	34587,00	34587,00	B.138.FM.	bezpłatny	0 zł
530	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	2 amp.-strz./2 wstrz.	05909991203832	<1>2023-07-01/<2><3>2022-11-01/<4>2023-03-01/<5>2022-07-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	4421,37	4642,44	4642,44	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
531	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421040130	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	4421,37	4642,44	4642,44	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.	bezpłatny	0 zł
532	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 75 mg	1 amp.-strz. 0,5 ml	07613421049416	2023-09-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	1105,35	1160,62	1160,62	<1>B.33.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
533	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	66960,00	70308,00	70308,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
534	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	80352,00	84369,60	84369,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
535	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	93744,00	98431,20	98431,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
536	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	107136,00	112492,80	112492,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
537	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	31248,00	32810,40	32810,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
538	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	13392,00	14061,60	14061,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
539	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	26784,00	28123,20	28123,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
540	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	40176,00	42184,80	42184,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
541	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	53568,00	56246,40	56246,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
542	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529	2023-09-01	2 lata	1283.0, Selperkatynib	10791,15	11330,71	11330,71	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
543	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536	2023-09-01	2 lata	1283.0, Selperkatynib	43164,60	45322,83	45322,83	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
544	Sildenafil citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2023-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	54,00	56,70	56,70	B.31.	bezpłatny	0 zł
545	Sildenafilum	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	0505565731932	2022-09-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	216,00	226,80	102,06	B.31.	bezpłatny	0 zł
546	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
547	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
548	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
549	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
550	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
551	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	10418,76	B.131.	bezpłatny	0 zł
552	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 recombinata	2570,40	2698,92	2698,92	B.15.	bezpłatny	0 zł
553	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 recombinata	5140,80	5397,84	5397,84	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
554	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 recombinatae	642,60	674,73	674,73	B.15.	bezpłatny	0 zł
555	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 recombinatae	1285,20	1349,46	1349,46	B.15.	bezpłatny	0 zł
556	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 0,25 mg	12 szt.	07613421024598	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	712,80	748,44	374,22	B.29.	bezpłatny	0 zł
557	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 0,25 mg	120 szt.	07613421034931	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	7128,00	7484,40	3742,20	B.29.	bezpłatny	0 zł
558	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	07613421024581	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6652,80	6985,44	6985,44	B.29.	bezpłatny	0 zł
559	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Eplclusa, tabl. powł., 400 + 100 mg	28 szt.	05391507142108	2022-09-01	3 lata	1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuwir, velpataswir	38016,00	39916,80	39916,80	B.71.	bezpłatny	0 zł
560	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	Vosevi, tabl. powł., 400 + 100 + 100 mg	28 szt.	05391507143303	2023-05-01	2 lata	1135.7, Leki przeciwwirusowe - sofosbuwir, velpataswir, woksylaprewir	52920,00	55566,00	55566,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
561	Somatropinum	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg	5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887170	<1><2><3><4>2022-01-01/<5>2022-11-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	4936,80	5183,64	5183,39	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
562	Somatropinum	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg	5 jednorazowych wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887095	<1><2><3><4>2022-01-01/<5>2022-11-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	2180,31	2289,33	2289,33	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
563	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	863,90	<1>B.19.; B.38.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł
564	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	431,95	<1>B.19.; B.38.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł
565	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990072897	<1><2><3><4>2022-07-01/<5>2022-01-01/<6>2022-11-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	3024,00	3175,20	3175,20	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
566	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990050161	<1><2><3><4>2022-07-01/<5>2022-01-01/<6>2022-11-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	1512,00	1587,60	1587,60	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
567	Sorafenibum	Nexavar, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909990588169	2023-07-01	10 miesięcy	1078.1, Sorafenib - 2	9612,00	10092,60	10092,60	B.119.	bezpłatny	0 zł
568	Sotorasibum	Lumykras, tabl. powł., 120 mg	240 szt.	08715131024895	2023-09-01	2 lata	1282.0, Sotorasib	53317,44	55983,31	55983,31	B.6.	bezpłatny	0 zł
569	Tafasitamabum	Minjivi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	09088885500694	2023-05-01	2 lata	1275.0, Tafasitamab	4011,66	4212,24	4212,24	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
570	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg	30 szt.	05415062348826	2022-11-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	6321,27	6637,33	4979,19	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
571	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg	30 szt.	05415062348789	2022-11-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	18968,32	19916,74	19916,74	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
572	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp.	05909990080663	2020-11-01	3 lata	1150.0, Temsyrolimus	2932,01	3078,61	3078,61	B.10.	bezpłatny	0 zł
573	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
574	Tenofovirum 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
575	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05909991379704	<1>2023-09-01/<2>2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	70,20	73,71	73,71	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
576	Tenofovirum 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
577	Tenofovirum 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
578	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991088170	2023-05-01	1 rok 2 miesiące	1159.0, Teryflunomid	2991,60	3141,18	3141,18	B.29.	bezpłatny	0 zł
579	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 <sup>6</sup> - 6 x 10 <sup>8</sup> komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388	<1>2022-05-01/<2>2023-09-01	2 lata	1226.0, Tisagenlecleucel	1373760,00	1442448,00	1442448,00	<1>B.12.FM.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
580	Tobramycinum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	05909990045976	2022-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	6037,20	6339,06	4876,20	B.27.	bezpłatny	0 zł
581	Tobramycinum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991308292	2021-03-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	4644,00	4876,20	4876,20	B.27.	bezpłatny	0 zł
582	Tobramycinum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991321444	2021-11-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	2916,00	3061,80	3061,80	B.27.	bezpłatny	0 zł
583	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
584	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000471007046	2021-05-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	1053,00	1105,65	1105,65	B.33.	bezpłatny	0 zł
585	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05000471007039	2021-05-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	421,20	442,26	442,26	B.33.	bezpłatny	0 zł
586	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990678259	2023-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	1053,00	1105,65	1105,65	B.33.	bezpłatny	0 zł
587	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990678266	2023-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2106,00	2211,30	2211,30	B.33.	bezpłatny	0 zł
588	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990678273	2023-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	421,20	442,26	442,26	B.33.	bezpłatny	0 zł
589	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2022-09-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	5832,00	6123,60	6123,60	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
590	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1>2023-09-01/<2><4>2022-09-01/<3>2023-07-01	2 lata	1193.0, Tofacitinib	2743,20	2880,36	2880,36	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.55.	bezpłatny	0 zł
591	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg	28+28 szt.	05038256002115	2021-11-01	2 lata	1232.0, Tolvaptan	2484,00	2608,20	2608,20	B.126.	bezpłatny	0 zł
592	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg	28+28 szt.	05038256002122	2021-11-01	2 lata	1232.0, Tolvaptan	3726,00	3912,30	3912,30	B.126.	bezpłatny	0 zł
593	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg	28+28 szt.	05038256002139	2021-11-01	2 lata	1232.0, Tolvaptan	4968,00	5216,40	5216,40	B.126.	bezpłatny	0 zł
594	Toxinum botulinicum typum A ad injectabile	Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A	1 fiol.	05909990674817	<1><2><5>2022-07-01/<3>2021-09-01/<4>2022-09-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1055.2, toksyny botulinowe - 2	603,72	633,91	633,91	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73.; <5>B.133.	bezpłatny	0 zł
595	Toxinum botulinicum typum A ad injectabile	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
596	Toxinum botulinicum typum A ad injectabile	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
597	Toxinum botulinicum typum A ad injectabile	Xcomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.	1 fiol.po 100 j. (LD50)	05909990643950	<1>2022-07-01/<2>2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1055.1, toksyny botulinowe - 1	612,37	642,99	642,99	<1>B.28.; <2>B.57.	bezpłatny	0 zł
598	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909990635177	2022-09-01	3 lata	1088.0, Trabectedin	1773,15	1861,81	1861,81	B.8.	bezpłatny	0 zł
599	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909990635184	2022-09-01	3 lata	1088.0, Trabectedin	6838,88	7180,82	7180,82	B.8.	bezpłatny	0 zł
600	Trametinibum	Mekinist, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991141813	2023-01-01	2 lata	1157.0, Trametinib	5706,72	5992,06	5992,06	B.59.	bezpłatny	0 zł
601	Trametinibum	Mekinist, tabl. powł., 2 mg	30 szt.	05909991141851	2023-01-01	2 lata	1157.0, Trametinib	22826,88	23968,22	23968,22	B.59.	bezpłatny	0 zł
602	Trastuzumabum	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg/5 ml	1 fiol. po 5 ml	05902768001037	2023-09-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	6925,50	7271,78	2786,98	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
603	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05902768001044	2022-03-01	1 rok 8 miesięcy	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	7760,88	8148,92	8148,92	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
604	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg	1 fiol. proszku	05902768001051	2022-03-01	1 rok 8 miesięcy	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	12417,84	13038,73	13038,73	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
605	Treprostynilum	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
606	Treprostynilum	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
607	Treprostynilum	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
608	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
609	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418618	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	2268,00	2381,40	2381,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
610	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418649	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	22680,00	23814,00	23814,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
611	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418625	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	5670,00	5953,50	5953,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
612	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418632	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	11340,00	11907,00	11907,00	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
613	Trientinum tetrahydrochloridum	Cuprior, tabl. powł., 150 mg	72 szt.	05350626000102	2023-09-01	2 lata	1229.0, Trientyna	12198,60	12808,53	12808,53	B.123.	bezpłatny	0 zł
614	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	<1>2021-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2290,66	2405,19	2405,19	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
615	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	<1>2021-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	6871,96	7215,56	7215,56	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
616	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	<1>2021-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	3054,21	3206,92	3206,92	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
617	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	<1>2021-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	9162,61	9620,74	9620,74	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
618	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
619	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powł., 150 mg	84 szt.	08720295000180	2023-07-01	2 lata	1279.0, Tucatinib	21546,00	22623,30	22623,30	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
620	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powł., 50 mg	88 szt.	08720295000173	2023-07-01	2 lata	1279.0, Tucatinib	7523,28	7899,44	7899,44	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
621	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203399	2023-01-01	10 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinata	2505,60	2630,88	2630,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
622	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203405	2023-01-01	10 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinata	3758,40	3946,32	3946,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
623	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203412	2023-01-01	10 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinata	5011,20	5261,76	5261,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
624	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203375	2023-01-01	10 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinata	626,40	657,72	657,72	B.15.	bezpłatny	0 zł
625	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203429	2023-01-01	10 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinata	7516,80	7892,64	7892,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
626	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203382	2023-01-01	10 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinata	1252,80	1315,44	1315,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
627	Tyldrakizumabum	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampulko-strzykawka 1 ml	08430308131700	2021-11-01	2 lata	1233.0, Tyldrakizumab	13250,52	13913,05	13913,05	B.47.	bezpłatny	0 zł
628	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedl. uwalnianiu, 15 mg	28 szt.	08054083020334	<1><2><3>2022-07-01/<4>2022-11-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	3341,52	3508,60	3508,60	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.124.	bezpłatny	0 zł
629	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
630	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp.-strz.	05909997077505	2023-01-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	9967,47	10465,84	6917,40	B.47.	bezpłatny	0 zł
631	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

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
632	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2023-01-01	2 lata	1202.0, Wandetanib	4868,10	5111,51	4669,25	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
633	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powł., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2023-01-01	2 lata	1202.0, Wandetanib	13340,70	14007,74	14007,74	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
634	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
635	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
636	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
637	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
638	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 10 mg	14 szt.	08054083013688	<1>2021-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	258,26	271,17	271,17	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
639	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	112 szt.	08054083013916	<1>2021-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	20660,83	21693,87	21693,87	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
640	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	14 szt.	08054083013701	<1>2021-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	2582,60	2711,73	2711,73	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
641	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	7 szt.	08054083013695	<1>2021-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	1291,30	1355,87	1355,87	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
642	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 50 mg	7 szt.	08054083013718	<1>2021-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	645,66	677,94	677,93	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
643	Vismodegibum	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05902768001020	2023-07-01	3 lata	1155.0, Wismodegib	12955,95	13603,75	13603,75	B.88.	bezpłatny	0 zł
644	Zanubrutinibum	Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg	120 szt.	08720598340112	2023-07-01	2 lata	1166.2, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - zanubrutynib	23276,16	24439,97	24439,97	B.146.	bezpłatny	0 zł

Załącznik B.1.

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

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

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

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

<p>2.7. W uzasadnionych przypadkach leczenie określonym analogiem nukleozydowym lub nukleotydom może być kontynuowane do 24 tygodnia, do ponownej oceny skuteczności. W innych przypadkach należy zmienić lek po uzyskaniu wyniku lekooporności i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia.</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 opisanym w programie.</p> <p>2.9. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wirerii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>3.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) serokonwersji w układzie "s" lub</li><li>2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy.</li></ol> <p>3.2. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i po przeszczepach narządowych terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych.</p>		<ol style="list-style-type: none"><li>b) proteinogram,</li><li>c) oznaczenie poziomu AFP,</li><li>d) USG jamy brzusznej.</li></ol> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	--	--

Załącznik B.4.

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

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



<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><u>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez cetuksymabu).</u></p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab 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</p>	<p>kolejnych badań obrazowych).</p> <p>Chemioterapia według schematu FOLFIRI i FOLFOX – stosowana 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 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/m<sup>2</sup> 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>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><b>2. Badania podczas kwalifikowania do leczenia pembrolizumabem</b></p> <p>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;</p> <p>2) ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR);</p> <p>3) badanie przedmiotowe;</p> <p>4) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>5) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>– kreatyniny,</p> <p>– bilirubiny;</p> <p>6) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>a) transaminaz (AspAT, AlAT),</p> <p>b) T3, T4 i TSH;</p> <p>7) próba ciążowa – u kobiet w okresie</p>
--	---	---

<p>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><b>2. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFIRI</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikowania</b></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 <math>1,5 \times 10^5/\text{mm}^3</math>,</p> <p>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</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>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy</p>	<p><b>2. Panitumumab</b> – 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 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 <math>65 \text{ mg}/\text{m}^2</math> 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</p>	<p>prokreacyjnym;</p> <p>8) diagnostyka obrazowa ciała w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>9) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>3. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem:</b></p> <p>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;</p> <p>2) ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR);</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>4) oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>5) oznaczanie stężenia glukozy;</p> <p>6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;</p> <p>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;</p> <p>8) oznaczenie poziomu sodu, potasu;</p> <p>9) oznaczenie poziomu TSH i fT4;</p> <p>10) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</p> <p>11) elektrokardiografia (EKG);</p>
--	--	---

<p>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 zapalenie płuc,</p> <p>b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.</p> <p><u>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu).</u></p> <p><b>2.2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>2.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></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><b>3. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z</b></p>	<p>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 4 - brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).</p> <p><b>3. Aflibercept</b> - 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.</p> <p>Aflibercept nie może być stosowany w monoterapii.</p> <p><b>4. Triflurydyna w skojarzeniu z typiracylem</b> - zalecana dawka początkowa u dorosłych to 35 mg/m<sup>2</sup> pc./dawkę podawana doustnie dwa razy</p>	<p>12) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie: TK jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej lub inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>4. Badania przy kwalifikacji do leczenia afliberceptem</b></p> <p>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny;</p> <p>4) oznaczenie aktywności w surowicy:</p> <p>a) transaminaz (AspAT, AlAT);</p> <p>5) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);</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><b>wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFOX</b></p> <p><b>3.1. Kryteria kwalifikowania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;</li> <li>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);</li> <li>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;</li> <li>4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;</li> <li>5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja BRAF V600E;</li> <li>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;</li> <li>7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</li> <li>8) wiek powyżej 18. roku życia;</li> <li>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) liczba płytek krwi większa lub równa <math>1,5 \times 10^5/\text{mm}^3</math>,</li> <li>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li> <li>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe <math>10,0 \text{ g/dl}</math>;</li> </ol> </li> <li>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</li> <li>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</li> <li>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;</li> </ol> </li> <li>11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFOX;</li> <li>12) co najmniej 12-miesięczny odstęp od zakończenia uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej zawierającej oksaliplatinę – dotyczy tylko pacjentów, którzy otrzymali oksaliplatinę w ramach uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej;</li> </ol>	<p>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 pominięto lub wstrzymano, pacjent nie powinien przyjąć pominiętych dawek.</p> <p><b>5. Pembrolizumab - stosowany wg schematu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 200 mg co 3 tygodnie we wlewie dożylnym trwającym 30 minut</li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) 400 mg co 6 tygodni we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.</li> </ol> <p>Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania pembrolizumabu (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego pembrolizumab.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie pembrolizumabu należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego pembrolizumabu, w tym w przypadku, gdy</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane KT klatki piersiowej;</li> <li>12) EKG;</li> <li>13) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> <li>14) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>5. Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej triflurydyną oraz typiracylem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie bilirubiny całkowitej;</li> <li>3) stężenie kreatyniny;</li> <li>4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);</li> <li>5) badanie ogólne moczu;</li> <li>6) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>7) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy.</li> </ol> <p><b>6. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia cetuksymabem lub panitumumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia w surowicy:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) kreatyniny,</li> <li>b) bilirubiny;</li> </ol> </li> </ol>
--	--	--

<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 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 jednofarmakowa bez panitumumabu</u>).</p> <p><b>3.2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakiegokolwiek składnika 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><b>4. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej pembrolizumab w monoterapii.</b></p> <p><b>4.1. Kryteria kwalifikowania</b></p> <p>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;</p> <p>2) potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-</p>	<p>objawy toksyczności związane z leczeniem pembrolizumabem nie ulegają poprawie do stopnia 0-1 w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki pembrolizumabu lub jeśli w ciągu 12 tygodni nie jest możliwe zmniejszenie dawek kortykosteroidów do dawki <math>\leq 10</math> mg na dobę prednizonu lub dawki równoważnej stosowanie pembrolizumabu należy zakończyć.</p> <p><b>6. Niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem -</b> stosowany wg schematu:</p> <p>Faza indukująca (leczenie skojarzone):</p> <p>1) niwolumab w dawce 3 mg/kg mc. w skojarzeniu z ipilimumabem w dawce 1mg/kg mc. co 3 tygodnie w przypadku pierwszych 4 dawek.</p> <p>Faza podtrzymująca (monoterapia):</p> <p>2) niwolumab w dawce 240 mg co 2 tygodnie.</p> <p>W fazie monoterapii, pierwszą dawkę niwolumabu należy podać 3 tygodnie po ostatniej dawce niwolumabu stosowanego w skojarzeniu z ipilimumabem.</p> <p>Modyfikacja dawkowania zgodnie z odpowiednią Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>3) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>a) transaminaz (AspAT, AlAT),</p> <p>b) fosfatazy alkalicznej,</p> <p>c) magnezu;</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>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><b>7. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia pembrolizumabem</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny;</p> <p>3) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>a) transaminaz (AspAT, AlAT),</p>
--	--	---

<p>H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR);</p> <p>3) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);</p> <p>4) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;</p> <p>5) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii adjuwantowej (pooperacyjnej);</p> <p>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</p> <p>7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;</p> <p>8) wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>10) antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz przez 4 miesiące po podaniu ostatniej dawki;</p> <p>11) wykluczenie ciąży i karmienia piersią;</p> <p>12) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);</p> <p>13) brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, wymienionych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>14) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego;</p> <p>15) 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;</p> <p>16) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;</p>		<p>b) fosfatazy alkalicznej,</p> <p>c) T3, T4 i TSH;</p> <p>4) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia wykonuje się nie rzadziej niż co 6-12 tygodni.</p> <p>Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.</p> <p><b>8. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, aminotransferaz, TSH;</p> <p>3) EKG.</p> <p>Badania należy wykonywać nie rzadziej niż co 4 – 8 tyg. przez pierwsze 6 miesięcy, potem w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>9. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia afliberceptem</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny;</p> <p>3) oznaczenie aktywności w surowicy:</p>
--	--	--

<p>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do leczenia kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pembrolizumabem 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>Wcześniejsze stosowanie immunoterapii wyklucza kwalifikację pacjenta do leczenia pembrolizumabem. W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii.</p> <p><b>4.2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>4.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) progresja choroby w trakcie leczenia oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST; w sytuacji wątpliwej klinicznie możliwe jest kontynuowanie leczenia aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tyg.;</li> <li>2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;</li> <li>3) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</li> <li>4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;</li> <li>5) obniżenie sprawności do stopnia 2 – 4 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</li> <li>6) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w odpowiedniej, aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>a) transaminaz (AspAT, AlAT),</li> <li>b) fosfatazy alkalicznej;</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) badanie ogólne moczu;</li> <li>5) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> <li>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <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, jeżeli podanie leku było opóźnione lub w przypadku zaistnienia wskazań klinicznych.</p> <p><b>10. Monitorowanie skuteczności leczenia afliberceptem, cetuksymabem lub panitumumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie KT odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>2) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;</li> <li>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunąć w realizowaniu leczenia;</li> </ol>
---	--	---

<p>Onkologicznych;</p> <p>7) 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;</p> <p>8) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.</p> <p><b>5. Leczenie drugiej albo trzeciej albo czwartej albo piątej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem.</b></p> <p><b>5.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego w stadium przerzutowym lub miejscowo zaawansowanym;</li> <li>2) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia miejscowego;</li> <li>3) stwierdzone zaburzenia mechanizmów naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów DNA lub wysoka niestabilność mikrosatelitarna w tkance nowotworowej;</li> <li>4) nieskuteczność lub nieakceptowalna toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego co najmniej dwulekowego zawierającego fluoropirymidynę w skojarzeniu z oksaliplatyną lub irynotekanem. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii adjuwantowej (pooperacyjnej);</li> <li>5) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</li> <li>6) brak leczenia glikokortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca;</li> <li>7) nieobecność objawowych przerzutów do mózgu;</li> <li>8) nieobecności przeciwwskazań do immunoterapii (w tym – nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa);</li> <li>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne</li> </ol>		<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><b>11. Monitorowanie skuteczności leczenia pembrolizumabem</b></p> <p>Diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie: RTG, PET-TK, TK lub MRI.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) po 12 tygodniach leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 4 miesiące, z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunąć w realizowaniu leczenia;</li> <li>2) zawsze w przypadku wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami klasyfikacji RECIST.</p> <p><b>12. Monitorowanie skuteczności leczenia niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem</b></p> <p>Badanie obrazowe umożliwiające ocenę</p>
---	--	---



<p>rozpoczęcie terapii;</p> <p>10) 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;</p> <p>11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>12) wykluczenie ciąży i karmienia piersią.</p> <p>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (<u>w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem</u>).</p> <p>Ponadto do leczenia kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem 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>Wcześniejsze stosowanie immunoterapii wyklucza kwalifikację pacjenta do leczenia niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem. W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii.</p> <p><b>5.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>5.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) progresja choroby oceniona na podstawie kryteriów klasyfikacji RECIST. W sytuacji wątpliwej klinicznie możliwe jest kontynuowanie leczenia aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w</p>	<p>odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Badania należy wykonywać nie rzadziej niż co 12 tygodni lub w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>13. Monitorowanie leczenia terapią skojarzoną triflurydyną oraz typiracylem</b></p> <p>Badanie przeprowadzane przed każdym cyklem podania leku:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) stężenie bilirubiny całkowitej;</li><li>3) stężenie kreatyniny;</li><li>4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);</li><li>5) badanie ogólne moczu.</li></ol> <p>Odpowiednie badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 8 tygodni lub w razie podejrzenia progresji choroby.</p> <p><b>Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 9 pkt. 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.</b></p> <p><b>14. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li></ol>
---	--

<p>ciągu 4 do 8 tyg.;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;</li><li>3) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</li><li>4) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w odpowiedniej, aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;</li><li>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;</li><li>6) obniżenie sprawności do stopnia 2 – 4 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</li><li>7) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.</li></ol> <p><b>6. Leczenie drugiej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej aflibercept</b></p> <p><b>6.1. Kryteria kwalifikowania</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) histologicznie potwierdzony raka jelita grubego;</li><li>2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie wyników badań obrazowych;</li><li>3) brak możliwości wykonania radykalnej metastazektomii;</li><li>4) udokumentowana nieskuteczność zastosowanej w zaawansowanym stadium chemioterapii pierwszej linii z udziałem fluoropirymidyny i oksaliplatin;</li><li>5) niestosowanie wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem irynotekanu lub afliberceptu;</li><li>6) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie według klasyfikacji RECIST;</li><li>7) stan sprawności ogólnej: – 0 według klasyfikacji Zubroda-WHO i dowolna liczba przerzutów w</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>2) uzupełnianie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;</li><li>4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 9 pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.</li></ol>
---	--	---

<p>narządach odległych lub – 1 według klasyfikacji Zubroda-WHO i jedna lokalizacją przerzutu w narządach odległych;</p> <p>8) wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) liczba płytek krwi większa lub równa <math>1,5 \times 10^5/\text{mm}^3</math>,</li><li>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li><li>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;</li></ul> <p>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</li><li>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</li><li>c) stężenie kreatyniny w granicach normy;</li></ul> <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"><li>a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (pacjenci kwalifikowani do leczenia afliberceptem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym),</li><li>b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,</li><li>c) nie poddające się kontroli nadciśnienie tętnicze,</li><li>d) zastoinowa niewydolność krążenia klasy III lub IV wg NYHA,</li><li>e) tętniczy incydent zatorowo-zakrzepowy,</li></ul>		
--	--	--

<p>f) żyłne zdarzenie zakrzepowo-zatorowe zagrażające życiu- stopień IV (w tym zatorowość płucna),</p> <p>g) choroby naczyniowe ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,</p> <p>h) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,</p> <p>i) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,</p> <p>j) niegojące się rany,</p> <p>k) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,</p> <p>l) białkomocz <math>\geq 2\text{g}/24</math> godziny oznaczony w dobowej zbiorce moczu – jeśli poprzedzające badanie ogólne moczu było nieprawidłowe,</p> <p>m) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>6.2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>6.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) objawy nadwrażliwości na aflibercept lub którykolwiek składnik chemioterapii według schematu FOLFIRI;</li><li>2) progresja choroby w trakcie leczenia;</li><li>3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO;</li><li>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności według klasyfikacji Zubroda-WHO do stopnia 2 lub wyższych.</li></ol> <p><b>7. Leczenie trzeciej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab lub cetuksymab w monoterapii.</b></p>		
--	--	--

<p><b>7.1. Kryteria kwalifikowania</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;</li><li>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);</li><li>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;</li><li>4) brak wcześniejszego leczenia panitumumabem lub cetuksymabem z powodu raka jelita grubego;</li><li>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;</li><li>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;</li><li>7) stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</li><li>8) wiek powyżej 18. roku życia;</li><li>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<ol style="list-style-type: none"><li>a) liczba płytek krwi większa lub równa <math>0,75 \times 10^5/\text{mm}^3</math>,</li><li>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1000/\text{mm}^3</math>,</li><li>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 8,0 g/dl;</li></ol></li><li>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</li><li>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</li><li>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy;</li></ol></li><li>11) wykluczenie ciąży;</li><li>12) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);</li><li>13) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu lub panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne:</li></ol>		
---	--	--

<p>a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc, b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.</p> <p>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – brak standardowego leczenia).</p> <p><b>7.2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>7.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub panitumumab lub jakiegokolwiek składnik chemioterapii;</li><li>2) progresja choroby w trakcie leczenia;</li><li>3) długotrwałe i istotne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;</li><li>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.</li></ol> <p><b>8. Leczenie trzeciej lub czwartej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem terapii skojarzonej triflurydyną oraz typiracylem</b></p> <p><b>8.1. Kryteria kwalifikowania</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) potwierdzony histologicznie rak jelita grubego (ICD-10: C18 - C20);</li><li>2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie badań obrazowych;</li><li>3) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie;</li><li>4) wiek <math>\geq</math> 18 rok życia;</li><li>5) stan sprawności ogólnej według WHO 0-1;</li><li>6) wyniki badań laboratoryjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu</li></ol>		
--	--	--

<p>Leczniczego;</p> <p>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> <p><b>8.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></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><b>8.3. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na triflurydynę / typiracyl lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) progresja choroby;</li><li>3) wystąpienie niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności;</li><li>4) stan sprawności według WHO 3-4.</li></ol> <p><b>9. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</li><li>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</li><li>3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;</li><li>4) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do</li></ol>		
--	--	--

---

momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		
--	--	--



Załącznik B.5.

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

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

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

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

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

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

- d) tomografia komputerowa w innej lokalizacji – w zależności od umiejscowienia zmian przerzutowych,
  - e) EKG,
  - f) inne badania – w razie wskazań klinicznych;
- 3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych:
- a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,
  - b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,
  - c) tomografia komputerowa odpowiedniej lokalizacji lub inne badanie obrazowe,
  - d) EKG.

## 2.2. Immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem).

- 1) co 3 tygodnie lub w chwili rozpoczęcia kolejnego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane:
  - a) morfologia krwi z rozmazem,
  - b) oznaczenie AspAT, AlAT, bilirubiny całkowitej,
  - c) oznaczenie glukozy,
  - d) pomiar ciśnienia tętniczego,
  - e) inne badania- w razie wskazań klinicznych;
- 2) nie rzadziej niż co 9 tygodni lub przed rozpoczęciem co czwartego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane; w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań co 12 tygodni:
  - a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,

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

Załącznik B.6.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją aktywującą w genie <i>EGFR</i> do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem afatynibu albo ozymertynibu</b></p> <p>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego,</li> <li>raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego,</li> <li>raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified</i> – NOS);</li> </ol> <p>2) obecność mutacji aktywującej w genie <i>EGFR</i> (receptor naskórkowego czynnika wzrostu) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);</p> <p>4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p>	<p><b>1. Dawkowanie leków w programie</b></p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych (ChPL).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca lub międzybłoniaka opłucnej zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;</li> <li>2) potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów <i>EGFR</i>, lub <i>ALK</i> lub <i>ROS1</i> lub <i>KRAS</i>) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PD-L1) zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</li> <li>9) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD-1 lub PD-L1;</li> </ol>

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

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

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

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

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

**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

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

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

- 2) obecność mutacji T790M w genie *EGFR* potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 3) progresja choroby po wcześniejszym zastosowaniu afatynibu lub dakomitynibu lub erlotynibu lub gefitynibu;
- 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL;
- 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

**1.3. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem ozymertynibu i potwierdzoną obecnością mutacji w genie *EGFR***

W przypadku lorlatynibu - niezależnie od linii leczenia - lipidogram powinien być wykonywany przed włączeniem do leczenia, po 4-6 tygodniach i następnie co 3 miesiące.

W przypadku stosowania immunoterapii wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.

W przypadku leczenia konsolidującego durwalumabem badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące (wyjątek – badania czynnościowe tarczycy i badanie EKG wykonywane co 12 tygodni).

W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem i dwoma cyklami chemioterapii:

- pkt 1-8 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej),
- pkt 1-8 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie pembrolizumabem co 3 miesiące.

W przypadku leczenia skojarzonego atezolizumabem z chemioterapią albo durwalumabem z chemioterapią w drobnokomórkowym raku płuca – wymienione badania powinny być wykonywane przed każdym cyklem.

W fazie leczenia podtrzymującego drobnokomórkowego raka płuca atezolizumabem albo durwalumabem – badania z pkt 1-8 co 4-8

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



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

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

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

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

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

1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:

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

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

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

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

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

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

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

<p>płaskonabłonkowego wykonanie testów molekularnych nie jest wymagane);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);</li><li>5) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</li><li>6) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);</li><li>7) wiek powyżej 18 roku życia;</li><li>8) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</li><li>9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;</li><li>10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;</li><li>11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</li><li>12) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</li><li>13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, atezolizumabu, cemiplimabu, niwolumabu i ipilimumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich ChPL;</li><li>14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.</li></ol> <p>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.</p>		
---	--	--

<p><b>1.7. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia kolejnej linii z zastosowaniem niwolumabu albo atezolizumabu we wszystkich typach niedrobnokomórkowego raka płuca (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);</li><li>2) wykluczenie mutacji w genie <i>EGFR</i> oraz rearanżacji genu <i>ALK</i> i <i>ROS1</i> w przypadku raka gruczołowego, wielkomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS;</li><li>3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);</li><li>4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</li><li>5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);</li><li>6) wiek powyżej 18 roku życia;</li><li>7) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</li><li>8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;</li><li>9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;</li><li>10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</li></ol>		
---	--	--

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

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

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

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

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

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

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

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



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

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

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

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

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

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

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne drobnokomórkowego raka płuca;

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

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

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

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

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

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

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

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

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

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

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

leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);

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

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

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

- 1) stosowanie inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych (pembrolizumab, niwolumab, ipilimumab, cemiplimab, atezolizumab) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia

<p>poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>2) stosowanie atezolizumabu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii obejmuje okres 1 roku lub do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację.</p> <p>3) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);</p> <p>4) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia); nie dotyczy atezolizumabu stosowanego w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;</p> <p>5) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):</p> <p>a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku,</p> <p>b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);</p> <p>6) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:</p> <p>a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,</p>		
---	--	--

- b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET).
- 7) w przypadku leczenia atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania atezolizumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia).

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

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

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



- 4) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:
- a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza.
- 5) w przypadku leczenia durwalumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania durwalumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia).

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym;</li><li>3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według oceny lekarza prowadzącego;</li><li>4) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;</li><li>5) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą;</li><li>6) obniżenie stanu sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów Zubrod-<br/>WHO lub ECOG;</li><li>7) przerwanie stosowania inhibitorów EGFR, ALK, ROS1, KRAS dłuższe niż 8 tygodni albo inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych dłuższe niż 12 tygodni wskutek wystąpienia niepożądanych działań leczenia;</li><li>8) pogorszenie jakości życia chorego o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</li><li>9) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego);</li><li>10) upływanie 12 miesięcznego okresu leczenia – dotyczy stosowania durwalumabu do leczenia konsolidującego albo atezolizumabu po całkowitej resekcji.</li></ol> |  |  |
|---|--|--|

Załącznik B.8.

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

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

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

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

15) TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów);

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

17) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

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

**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

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

Badania wykonuje się:

**1) w przypadku trabectedyny:**

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

**2) w przypadku pazopanibu:**

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

**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

- 4) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 5) stan sprawności 0-2 według kryteriów ECOG;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie aktualne ChPL;
- 8) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;
- 9) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z zapisami aktualnych ChPL;
- 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

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

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

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

## 4. Monitorowanie programu

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

**3. Kryteria wyłączenia z programu**

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

Załącznik B.9.FM.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>MAKSYMALNE DAWKOWANIE SUBSTANCJI LECZNICZYCH OBECNYCH W PROGRAMIE I CZAS LECZENIA</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie przedoperacyjne lub pooperacyjne anty-HER2 oraz do 4 linii leczenia anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) trastuzumab;</li> <li>2) pertuzumab;</li> <li>3) trastuzumab emtanzyna;</li> <li>4) lapatynib;</li> <li>5) tukatynib.</li> </ol> <p>W leczeniu przedoperacyjnym stosowany jest: trastuzumab lub trastuzumab z pertuzumabem.</p> <p>W leczeniu uzupełniającym stosowany jest: trastuzumab oraz trastuzumab emtanzyna.</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem trastuzumabu emtanzyny.</p> <p>W leczeniu anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania), stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.1.1.-2.1.5.:</p>	<p><b>1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</b></p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu).</p> <p>Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420mg (kolejne cykle leczenia).</p>	<p><b>1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</b></p> <p><b>1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ISH) potwierdzające nadekspresję receptora HER2 i ocena stopnia ekspresji receptorów ER i PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),</li> <li>b) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>c) stężenie kreatyniny,</li> <li>d) aktywność AlAT,</li> <li>e) aktywność AspAT,</li> <li>f) stężenie bilirubiny,</li> <li>g) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej,</li> <li>h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej,</li> <li>i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej),</li> </ol>

<p>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> <p>2) trastuzumab łącznie z chemioterapią, hormonoterapią lub samodzielnie w pierwszej linii leczenia chorych, które nie otrzymywały trastuzumabu w leczeniu przedoperacyjnym lub uzupełniającym; trastuzumab może być także stosowany w drugiej lub kolejnych liniach leczenia paliatywnego, jeśli chora wcześniej nie otrzymywała terapii anti-HER2;</p> <p>3) trastuzumab emtanzyna i lapatynib z kapecytabiną w drugiej lub trzeciej linii leczenia, a w pierwszej tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosinie więcej niż 12 miesięcy lub nawrót wystąpił w jej trakcie;</p> <p>4) tukatynib w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną w trzeciej lub czwartej linii leczenia, a w drugiej tylko w przypadku, gdy w pierwszej linii stosowano trastuzumab +/- pertuzumab albo trastuzumab emtanzyna oraz występują przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego; podanie tukatynibu wymaga zastosowania wcześniej co najmniej jednej linii paliatywnej terapii anti-HER2.</p> <p>W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER-2 ujemnego raka piersi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) palbocyklibem;</li> <li>2) rybocyklibem;</li> <li>3) abemacyklibem;</li> <li>4) alpelisybem;</li> <li>5) talazoparybem.</li> </ol>	<p>Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu</p> <p>W programie lekowym trastuzumab podaje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami;</li> <li>2) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem;</li> <li>3) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem docetakselu i karboplatyny;</li> <li>4) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem paklitakselu w monoterapii;</li> <li>5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej;</li> <li>6) w skojarzeniu z pertuzumabem i chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej.</li> </ol> <p>Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań co 3 tygodnie (w tym w schemacie określonym w pkt 4)</li> </ol> <p>albo</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie TK lub MR piersi) w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian przed leczeniem,</li> <li>k) EKG,</li> <li>l) badanie ECHO,</li> <li>m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego i ze wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane nie rzadziej niż:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii i trastuzumabu emtanzyny,</li> <li>b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem paklitakselu), stężenie kreatyniny,</li> <li>– aktywność AIAT,</li> <li>– aktywność AspAT,</li> <li>– stężenie bilirubiny;</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni:</li> </ol>
---	--	---



<p>W leczeniu przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.2.1.-2.2.4.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy w pierwszej lub drugiej linii leczenia;</li> <li>2) inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo rybocyklib) w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej linii leczenia oraz (abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib) w drugiej linii leczenia;</li> <li>3) alpelisyb w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej lub drugiej linii leczenia - po progresji lub nawrocie raka piersi w trakcie lub po zakończeniu leczenia hormonalnego z zastosowaniem inhibitora aromatazy;</li> <li>4) talazoparyb w monoterapii w drugiej lub trzeciej linii leczenia u chorych z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, po uprzednim zastosowaniu hormonoterapii z lub bez inhibitorów CDK4/6 w leczeniu paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie 1-2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołoperacyjnej z udziałem antracykliny i taksoidu i 1 linii chemioterapii paliatywnej).</li> </ol> <p>W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) potrójnie ujemnego raka piersi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pembrolizumabem;</li> <li>2) talazoparybem;</li> <li>3) sacytuzumabem gowitekan.</li> </ol> <p>Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu.</p>	<p>kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust.3</p> <p>Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach możliwe jest ponowne podjęcie leczenia uzupełniającego trastuzumabem po przerwie trwającej dłużej niż 60 dni. Warunkiem podjęcia takiego leczenia jest wykluczenie sytuacji, w których przerwy spowodowane zostały wystąpieniem działań niepożądanych lub progresją choroby.</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią to:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią</li> <li>albo</li> <li>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.</li> </ol> <p>W przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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);</li> </ol> <p>Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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):       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) EKG,</li> <li>b) ECHO.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>2. Leczenie przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi</b></p> <p><b>2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),</li> <li>b) badanie mutacji germlinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej) – tylko w przypadku talazoparybu,</li> </ol>
--	--	---

<p>W leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii (jeden schemat paliatywnej chemioterapii stosowany poza programem lekowym stanowi także linię leczenia) określonymi w punktach 3.1.1.-3.1.3.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pembrolizumab w leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 w skojarzeniu z paklitaksemem albo z gemcytabiną i karboplatyną (pierwsza linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono brak wcześniejszego farmakologicznego leczenia systemowego nieoperacyjnego lub przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii z założeniem radykalnym zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy. Zastosowanie terapii nie jest możliwe po wcześniejszym zastosowaniu immunoterapii pembrolizumabem w leczeniu okołooperacyjnym;</li> <li>2) talazoparyb w monoterapii w pierwszej lub drugiej lub trzeciej linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego potrójnie ujemnego raka piersi z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, gdy leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania pacjenci musieli otrzymać wcześniej chemioterapię zawierającą taksoid i/lub antracyklinę w leczeniu okołooperacyjnym lub paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie nie więcej niż 2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołooperacyjnej i 1 linii chemioterapii paliatywnej);</li> <li>3) sacytuzumab gowitekan w monoterapii w drugiej lub trzeciej lub czwartej linii przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego nieresekcyjnego potrójnie ujemnego raka piersi; wymagane są wcześniej co najmniej dwie linie paliatywnego leczenia systemowego (u pacjentów leczonych okołooperacyjnie wymagana jest co najmniej jedna linia systemowego leczenia paliatywnego).</li> </ol> <p>Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie</p>	<p>Po zabiegu operacyjnym stosuje się leczenie uzupełniające trastuzumabem łącznie leczenie neoadjuwantowe i adjuwantowe i całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań trastuzumabu (stosowanego co 3 tygodnie).</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem emtanzyną wyłącznie w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym) HER2- dodatniego raka piersi):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) obejmuje maksymalnie 14 podań, albo</li> <li>b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby, albo</li> <li>c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</li> </ol> <p>Pacjenci, u których wcześniejsze zakończenie leczenia trastuzumabem emtanzyną spowodowane jest wystąpieniem objawów niepożądanych niezwiązanych – w opinii lekarza - z samym trastuzumabem, mogą zostać włączeni do programu leczenia adjuwantowego raka piersi schematem zawierającym trastuzumab i ukończyć terapię anty-HER2 zawierającą nie więcej niż 18 podań (łącznie z liczbą podań w leczeniu przedoperacyjnym i liczbą podań trastuzumab emtanzyny).</p> <p><b>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>c) potwierdzona mutacja genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu - tylko w przypadku alpelisybu (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),</li> <li>d) potwierdzenie ekspresji PD-L1 z CPS (combined positive score) <math>\geq 10</math> oznaczonej zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu,</li> <li>e) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>f) stężenie kreatyniny,</li> <li>g) aktywność AIAT,</li> <li>h) aktywność AspAT,</li> <li>i) stężenie bilirubiny,</li> <li>j) poziom TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem,</li> <li>k) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku leczenia alpelisybem oraz pembrolizumabem,</li> <li>l) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu,</li> <li>m) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią oraz u chorych w okresie przed- i okołomenopauzalnym – tylko w przypadku leczenia inhibitorami CDK4/6 i alpelisybem,</li> <li>n) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w</li> </ol>
--	---	---

<p>ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu. W programie lekowym istnieje jednorazowa możliwość zastosowania immunoterapii.</p> <p><b>1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:</b></p> <p><b>1.1.</b> leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo</p> <p><b>1.2.</b> leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią albo</p> <p><b>1.3.</b> leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo</p> <p><b>1.4.</b> leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem emtanzyną.</p> <p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi;</li> <li>2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik +/- w badaniu ISH);</li> <li>3) stopień zaawansowania:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi trastuzumabem:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 10 mm lub obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych</li> </ul> </li> <li>lub</li> <li>– nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego,</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego</b></p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu).</p> <p>W terapii przerzutowego raka piersi trastuzumab podaje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) w skojarzeniu z chemioterapią lub inhibitorem aromatazy lub</li> <li>b) w monoterapii lub</li> <li>c) w skojarzeniu z pertuzumabem i docetakselem</li> </ol> <p>Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia).</p>	<p>zależności od możliwości oceny wymiarów zmian,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>o) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR, (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni, (w zależności od sytuacji klinicznej) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian,</li> <li>p) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej),</li> <li>q) EKG,</li> <li>r) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2 oraz leczenia pembrolizumabem,</li> <li>s) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECH,</li> <li>t) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne).</li> </ol> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania laboratoryjne:</li> </ol>
---	---	---

<p>albo</p> <p>b) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 20 mm i jest obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub nie ma ekspresji receptorów ER i PgR</li> </ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego</li> </ul> <p>albo</p> <p>c) w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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),</li> </ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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,</li> </ul> <p>albo</p> <p>d) nawrót miejscowy (ściana klatki piersiowej lub pierś po oszczędzającym leczeniu) lub regionalny (węzły chłonne) – wyłącznie u pacjentów po doszczętnym leczeniu tego nawrotu, którzy nie byli leczeni wcześniej trastuzumabem;</p> <p>albo</p> <p>e) wyłącznie w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem emtanzyną:</p>	<p>Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420mg (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka docetakselu: 75-100mg/m<sup>2</sup> (w każdym cyklu)</p> <p>W terapii łączonej z pertuzumabem i trastuzumabem należy podać 6 cykli docetakselu, wcześniejsze zakończenie chemioterapii jest możliwe tylko, gdy wystąpią istotne objawy niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację. Możliwe jest także zmniejszenie dawki docetakselu, jeśli jest wskazane klinicznie.</p> <p>Jeżeli leczenie docetaksem zostanie przerwane z powodu toksyczności, leczenie pertuzumabem i trastuzumabem powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym.</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę lapatynibu: 1250mg / dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę kapecytabiny w skojarzeniu z lapatynibem: 2000 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych.</p> <p>Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).</p> <p>Maksymalna dobową dawkę tukatynibu: 600 mg / dobę (codziennie).</p>	<p>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>f) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku alpelisybu i pembrolizumabu,</p> <p>g) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c - tylko w przypadku alpelisybu,</p> <p>h) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6,</p> <p>i) 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>j) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– przed każdym kolejnym cyklem leczenia (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące - w czasie wyłącznego stosowania pertuzumabu i trastuzumabu, trastuzumabu w monoterapii lub</li> </ul>
--	--	---

<p>– pierwotny stopień zaawansowania I-III, oraz</p> <p>– zakończona przedoperacyjna chemioterapia zawierająca taksoid i przedoperacyjna terapia anty-HER2, oraz</p> <p>– potwierdzenie patomorfologiczne obecności choroby resztkowej w piersi lub węzłach chłonnych pachy;</p> <p>4) przebyte leczenie chirurgiczne lub planowane leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na:</p> <p>a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii</p> <p>lub</p> <p>b) wycięciu guza z marginesem tkanek prawidłowych oraz pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii z uzupełniającą radioterapią całej piersi (leczenie oszczędzające).</p> <p>Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3) lit. d)</p> <p>5) wartość LVEF co najmniej 50%;</p> <p>6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</p> <p>7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.</p> <p>W przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka trastuzumabu podskórnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 600 mg (w każdym cyklu).</p> <p>Każdy cykl leczenia trastuzumabu w skojarzeniu z tukatynibem obejmuje 21 dni.</p> <p>Maksymalna dobową dawkę kapecytabiny w skojarzeniu z tukatynibem: 2000 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych.</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego</b></p> <p>Zalecana maksymalna dawka dobową palbocyklibu: 125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).</p>	<p>trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy,</p> <p>– przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia trastuzumabem emtanzyną,</p> <p>– dodatkowo morfologia przed każdym podaniem paklitakselu – w przypadku leczenia trastuzumabem w skojarzeniu z paklitakselem,</p> <p>– co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych cykli leczenia, następnie na początku każdego z 4 kolejnych cykli i następnie w zależności od wskazań klinicznych – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6,</p> <p>– badania oznaczone w ppkt a)-f) co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych miesięcy leczenia, badanie oznaczone w ppkt g) co miesiąc w trakcie 2 pierwszych miesięcy, a następnie badania oznaczone w ppkt a)-g) wykonywane co 3 miesiące - w przypadku leczenia alpelisybem,</p> <p>– morfologia co miesiąc lub w przypadku wskazań klinicznych, pozostałe badania nie rzadziej niż co 3 miesiące - w przypadku leczenia talazoparybem,</p> <p>– przed każdym podaniem leczenia – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekan,</p>
--	---	---

<p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia, HER 2 dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>	<p>Zalecana maksymalna dawka dobową rybocyklibu: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).</p>	<p>– podczas stosowania tukatynibu w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną badania wykonuje przed każdym cyklem leczenia</p>
<p><b>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</b></p>	<p>Zalecana maksymalna dawka dobową abemacyklibu: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni).</p>	<p>– przed każdym cyklem leczenia w przypadku stosowania pembrolizumabu – punkty a-e,</p>
<p><b>2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:</b></p>	<p>Zalecana maksymalna dobową dawka alpelisybu: 300 mg / dobę (codziennie).</p>	<p>– nie rzadziej niż raz na 6 tygodni w przypadku w leczenia przerzutowego raka piersi pembrolizumabem – punkt f oraz j;</p>
<p><b>2.1.1.</b> leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetaksem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi)</p>	<p>Zalecana maksymalna dobową dawka talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie).</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, alpelisybu oraz talazoparybu:</p>
<p>albo</p>	<p>Dawka fulwestrantu stosowanego w skojarzeniu z inhibitorem CDK4/6 lub alpelisybem: 500mg/dobę (podawany w 1,15 oraz 29 dniu a następnie raz na miesiąc).</p>	<p>a) EKG,</p>
<p><b>2.1.2.</b> leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi)</p>	<p>Dawka dobową inhibitorów aromatazy stosowanych w skojarzeniu z inhibitorami CDK4/6:</p>	<p>b) ECHO,</p>
<p>albo</p>	<p>a) letrozol: 2,5mg/dobę, b) anastrozol: 1 mg/dobę, c) eksemestan: 25 mg/ dobę.</p>	<p>c) konsultacja kardiologiczna – w zależności od wskazań klinicznych;</p>
<p><b>2.1.3.</b> leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi)</p>	<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>3) badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):</p>
<p>albo</p>	<p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z</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>2.1.4.</b> leczenie przerzutowego raka piersi lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi).</p>		
<p>albo</p>		
<p><b>2.1.5.</b> leczenie przerzutowego raka piersi tukatynibem w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną (II, III lub IV linia leczenia przerzutowego raka piersi)</p>		
<p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego:</u></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>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) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</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 klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</p> <p>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2.2. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:</b></p>	<p>aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>2.2.1. Czas leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4.</p> <p><b>2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi</b></p> <p>Zalecana maksymalna dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym.</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawką talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dawka sacytuzumabu gowitekanu: 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu).</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>2.3.1. Czas leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami</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) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu,</p> <p>e) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6,</p> <p>f) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu).</p> <p>g) ECHO serca (jedynie w przypadku pembrolizumabu);</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nie rzadziej niż co 3 miesiące – w przypadku leczenia talazoparybem,</li> <li>– nie rzadziej niż co 9 tygodni oraz w ostatnim dniu 20 tygodnia leczenia (+/- 7 dni) – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekanem,</li> <li>– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (w zależności od wskazań klinicznych) – w przypadku leczenia pembrolizumabem.</li> </ul>
--	--	---

<p><b>2.2.1.</b> leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi)</p> <p>albo</p> <p><b>2.2.2.</b> leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK 4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem (I linia zaawansowanego raka piersi -tylko w przypadku abemacyklibu lub rybocyklibu lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi)</p> <p>albo</p> <p><b>2.2.3.</b> leczenie przerzutowego, hormonowrażliwego, HER2 ujemnego raka piersi z obecnością mutacji PIK3CA alpelisybem w skojarzeniu z fulwestrantem (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi)</p> <p>albo</p> <p><b>2.2.4.</b> leczenie przerzutowego raka piersi w monoterapii inhibitorami PARP (talazoparybem) chorych z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (II lub III linia zaawansowanego hormonozależnego raka piersi).</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6.</p> <p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)</li> <li>lub</li> <li>b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);</li> </ol> </li> <li>3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych <math>\geq 1\%</math>;</li> </ol>	<p>wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4.</p> <p><b>3. Leczenie okołoperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi</b></p> <p>Dawka pembrolizumabu w fazie neoadjuwantowej i adjuwantowej 200 mg co 3 tygodnie lub po 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z chemioterapią:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) obejmuje 8 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 4 dawki pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni</li> <li>albo</li> <li>b) trwa do momentu stwierdzenia progresji choroby wykluczającej radykalne leczenie chirurgiczne</li> <li>albo</li> <li>c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4.</li> </ol> <p>Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) obejmuje 9 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 5 dawek pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni</li> </ol>	<p>W celu monitorowania leczenia dopuszcza się wykonywanie innych badań obrazowych koniecznych do oceny zmian według aktualnych kryteriów RECIST w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p><b>3. Leczenie okołoperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi</b></p> <p><b>3.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),</li> <li>b) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>c) stężenie kreatyniny,</li> <li>d) aktywność AlAT,</li> <li>e) aktywność AspAT,</li> <li>f) stężenie bilirubiny,</li> <li>g) poziom TSH i fT4;</li> <li>h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni)</li> <li>i) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub</li> </ol>
---	---	--



<p>4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/- w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH));</p> <p>5) udokumentowana obecność mutacji genu PIK3CA – tylko w przypadku alpelisybu;</p> <p>6) udokumentowana obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (dziedzicznej) – tylko w przypadku talazoparybu;</p> <p>7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</p> <p>8) stan:</p> <p>a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stan po obustronnym usunięciu jajników,</li> <li>– brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn),</li> <li>– brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH,</li> </ul> <p>b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego (w takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH));</p> <p>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6.</p> <p>9) kobiety w stanie pomenopauzalnym zdefiniowanym jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):</p> <p>a) stan po obustronnym usunięciu jajników,</p> <p>b) brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn),</p> <p>c) brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH, lub mężczyźni;</p> <p>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania alpelisybu.</p>	<p>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. 4</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>3.1. Czas leczenia</b></p> <p>Leczenie przedoperacyjne obejmuje maksymalnie 8 podań pembrolizumabu co 3 tygodnie lub 4 podania co 6 tygodni w odpowiednich dawkach wraz ze stosowaniem chemioterapii. Leczenie pooperacyjne obejmuje nie więcej niż 9 podań pembrolizumabu co 3 tygodnie lub 5 podań co 6 tygodni w odpowiednich dawkach. W leczeniu pooperacyjnym, jeżeli istnieją wskazania kliniczne dopuszczalne jest także prowadzenie radioterapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4.</p>	<p>tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR, (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni;</p> <p>j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej),</p> <p>k) EKG,</p> <p>l) konsultacja kardiologiczna – jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG,</p> <p>m) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne),</p> <p>n) mammografia,</p> <p>o) USG piersi z oceną dołów pachowych,</p> <p>p) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>3.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badania laboratoryjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>b) stężenie kreatyniny;</li> <li>c) aktywność AlAT;</li> <li>d) aktywności AspAT;</li> <li>e) stężenie bilirubiny;</li> </ul>
--	--	---

<p>10) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</p> <p>12) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy: brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie jednej linii chemioterapii u chorych w sytuacji – udokumentowanego wcześniej rzeczywistego zagrożenia niewydolności narządów mięsnych w następstwie masywnych przerzutów);</p> <p>Dopuszczalne leczenie przedoperacyjne/uzupełniające:</p> <p>a) inhibitorem aromatazy, o ile czas od zakończenia leczenia do nawrotu wynosi więcej niż 12 miesięcy</p> <p>albo</p> <p>b) leczenie tamoksyfenem niezależnie od czasu do wystąpienia nawrotu (także nawrót w trakcie hormonoterapii).</p> <p>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6.</p> <p>13) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem:</p> <p>a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi - dotyczy jedynie rybocyklibu i abemacyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem</p> <p>lub</p> <p>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>f) oznaczenie poziomu TSH i FT4; dotyczy jedynie leczenia pembrolizumabem;</p> <p>g) oznaczenie glikemii na czczo.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– nie rzadziej niż co 3 tygodnie lub przed każdym cyklem chemioterapii w przypadku pembrolizumabu w leczeniu przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-e,</li><li>– nie rzadziej niż co 3 miesiące w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowym) pembrolizumabem – punkty f-g,</li><li>– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-g;</li></ul> <p>2) badania obrazowe (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):</p> <p>a) ECHO serca,</p> <p>b) USG piersi z dołami pachowymi.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (częściej, gdy są wskazania kliniczne) – w przypadku leczenia pembrolizumabem – punkty a-b.</li></ul>
---	--	---

<p>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li><li>15) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia;</li><li>16) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);</li><li>17) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</li></ol> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>Dodatkowo dla pacjentek, które rozpoczęły monoterapię fulwestrantem w 1 linii leczenia hormonalnego przed 01.09.2020 r., w przypadku progresji choroby, możliwe będzie zastosowanie terapii palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy.</p> <p><b>2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:</b></p> <p><b>2.3.1.</b> leczenie przerzutowego lub miejscowo nieoperacyjnego, nawrotowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 pembrolizumabem w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatyną (I linia leczenia TNBC)</p>		<p>W celu monitorowania terapii i oceny odpowiedzi na leczenie, w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, możliwe jest zamienne wykonanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego piersi).</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej sacytuzumab gowitekan przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników efektywności terapii:<ol style="list-style-type: none"><li>a) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny –</li></ol></li></ol>
---	--	---

<p>albo</p> <p><b>2.3.2.</b> leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii talazoparybem chorych z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (I lub II linia lub III leczenia TNBC)</p> <p>albo</p> <p><b>2.3.3.</b> leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem (II lub III lub IV linia leczenia TNBC).</p> <p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li><li>2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.:<ol style="list-style-type: none"><li>a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)</li><li>lub</li><li>b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);</li></ol></li><li>3) histologicznie potwierdzony potrójnie ujemny rak piersi;</li><li>4) udokumentowany brak ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych <math>\geq 1\%</math>;</li><li>5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik -/- / w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH));</li><li>6) udokumentowana obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (dziedzicznej) – tylko w przypadku talazoparybu;</li><li>7) udokumentowana potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) <math>\geq 10</math> oznaczona zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu;</li></ol>		<p>przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 11,8 miesiąca,</p> <ol style="list-style-type: none"><li>b) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 4,8 miesiąca,</li><li>c) wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR) tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych z na oczekiwanym poziomie 31%;</li><li>4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	--

- 8) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
- 9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;
- 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 11) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia;
- 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;
- 13) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 14) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

**3. Leczenie okołoperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:**

**3.1.** leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) i kontynuacja pembrolizumabu jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium z dużym ryzykiem nawrotu.

Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi:

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) potwierdzony i dotychczas nieleczony potrójnie ujemny rak piersi;
- 3) udokumentowany brak ekspresji steroidowych receptorów hormonalnych (<1%);
- 4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /- / w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH));
- 5) kliniczny stopień zaawansowania T1-4 i N1-N2 lub T2-T4 i N0
- 6) wartość LVEF co najmniej 50%;
- 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;
- 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii;
- 11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;
- 12) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;

13) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

#### **4. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;
- 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 4) obniżenie sprawności:
  - a) do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia wczesnego HER2-dodatniego raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi,
  - b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia przerzutowego HER2-ujemnego lub HER2-dodatniego raka piersi;
- 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków, w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym lub Konsultantem Wojewódzkim oceni,

<p>że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekunów prawnych.</p>		
---	--	--



Załącznik B.10.

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

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

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

10) w przypadku wcześniejszego zachorowania na inny nowotwór kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane z tym nowotworem;

11) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie pembrolizumabem trwa 51 tygodni (17 cykli 3-tygodniowych) lub do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu wcześniej, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie nawrotu nowotworu;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *pembrolizumab* lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) ciąża lub okres karmienia piersią;
- 4) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;
- 5) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych

## 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) mózgu, klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy;
- 2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- 1) badania klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni; obrazowanie mózgu i kości - w przypadku wystąpienia objawów klinicznych;
- 2) w ciągu miesiąca po zakończeniu leczenia;
- 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić potwierdzenie utrzymywania się stanu wolnego od choroby albo stwierdzenie nawrotu choroby.

## 4. Monitorowanie programu

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

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		
<b>I LINIA LECZENIA</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanałików zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>, <i>pazopanibu</i>,</li> <li>b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym - w przypadku <i>niwolumabu</i> z <i>ipilimumabem</i>,</li> <li>c) raka nerkowokomórkowego - w przypadku <i>temsyrolimusu</i>;</li> </ol> </li> <li>2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego;</li> <li>3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki – w przypadku <i>pazopanibu</i> możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin;</li> <li>4) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100 (dla <i>temsyrolimusu</i> 60-100);</li> <li>5) ukończony 18. rok życia;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem</i>, <i>niwolumabem</i> w połączeniu z <i>ipilimumabem</i>, <i>pazopanibem</i>, <i>temsyrolimusem</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla <i>ipilimumabu</i> z <i>niwolumabem</i>, <i>kabozantynibu</i>;</li> <li>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;</li> <li>10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>;</li> <li>11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;</li> <li>12) oznaczenie stężeń cholesterolu oraz trójglicerydów- dla <i>temsyrolimusu</i>;</li> <li>13) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;</li> <li>14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</li> <li>15) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie);</li> <li>16) elektrokardiogram (EKG);</li> <li>17) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> </ol>

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

## 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

### 1.2.1. pazopanibem

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

### 1.2.2. kabozantinibem

- 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie według skali IMDC;

### 1.2.3. temsyrolimusem

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

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

## 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

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

Badania wykonuje się:

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

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

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

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

#### 4. Monitorowanie programu

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

<p><b>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</li> <li>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</li> <li>3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;</li> <li>4) pacjenci, o których mowa w pkt 1, kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.</li> </ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły pierwszej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>		
<b>II LINIA LECZENIA</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>aksytynibem, kabozantynibem, niwolumabem</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenia stężenia kreatyniny we krwi;</li> </ol>



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

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

## 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

### 1.2.1. *aksytynibem*

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

### 1.2.2. *kabozantynibem*

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

### 1.2.3. *niwolumabem*

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

## 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

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

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

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

## 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

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

Badania wykonuje się:

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

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

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

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

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

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

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

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

## 4. Monitorowanie programu

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

<p>(chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>4) ciąża lub okres karmienia piersią;</p> <p>5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;</p> <p>6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;</p> <p>7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p> <p><b>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</b></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>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one drugiej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>		
<b>III LINIA LECZENIA</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie:</p> <p>a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanałików zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>,</p> <p>b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym – w przypadku <i>niwolumabu</i>;</p> <p>2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem</i>, <i>niwolumabem</i></b></p> <p>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p> <p>8) oznaczenie stężenia TSH i fT4;</p> <p>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;</p> <p>10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>;</p> <p>11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;</p>

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

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

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

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

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

### 4. Monitorowanie programu

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



oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.

**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.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one trzeciej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Załącznik B.12.FM.

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

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

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

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

świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
<b>II. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE (ICD-10: C83, C85)</b>		
<p>W ramach części II. programu lekowego chorym na chłoniaka złośliwego (ICD-10: C83, C85) udostępnia się terapię piksantronem w III lub IV linii leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak nieziarniczy z limfocytów B (ICD-10: C83, C85);</li> <li>2) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>4) udokumentowane niepowodzenie w II lub III linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w III lub IV linii leczenia);</li> <li>5) LVEF <math>\geq 45\%</math>;</li> <li>6) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1,0 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 75 \times 10^9/l</math> (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z nacieczenia szpiku w przebiegu chłoniaka);</li> <li>7) całkowite stężenie bilirubiny <math>&lt; 1,5 \times \text{GGN}</math>, kreatyniny <math>&lt; 1,5 \times \text{GGN}</math>, AST oraz ALT <math>&lt; 2 \times \text{GGN}</math> (w przypadku zajęcia wątroby <math>&lt; 5 \times \text{GGN}</math>);</li> <li>8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego, w tym</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p>Zalecana dawka <u>piksantronu</u> wynosi 50 mg/m<sup>2</sup> pc. w postaci infuzji dożylniej podawanej w 1., 8. oraz 15. dniu każdego 28-dniowego cyklu – przez nie więcej niż 6 cykli.</p> <p>Piksantron jest przeznaczony do podawania w powolnym wlewie dożylnym (trwającym co najmniej 60 minut) za pomocą zestawu do infuzji wyposażonego w filtr, wyłącznie po uprzednim rozpuszczeniu w 5 ml 0,9% roztworu chlorku sodu (9 mg/ml) do wstrzykiwań i po dalszym rozcieńczeniu w 0,9% roztworze chlorku sodu do wstrzykiwań do ostatecznej objętości 250 ml.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leku</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>3) ocena wydolności nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>4) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne);</li> <li>5) elektrokardiografia (EKG);</li> <li>6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO;</li> <li>7) test ciąży (u kobiet w wieku rozrodczym).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym),</li> <li>b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</li> <li>c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>2) badania wykonywane co drugi cykl leczenia (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu): <ol style="list-style-type: none"> <li>a) elektrokardiografia (EKG),</li> <li>b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO.</li> </ol> </li> </ol>

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

<p>wyjściowego nie ustępujące pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;</p> <p>b) utrzymująca się powyżej 28 dni, toksyczność spowodowana lekiem, 3. lub 4. stopnia (inna niż, nudności i wymioty) nie ustępująca pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
<b>III. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B</b>		
<b>III.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA ROZLANEGO Z DUŻYCH KOMÓREK B (DLBCL)</b>		
<p>W ramach części III.A. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem,</i></p> <p>2) <i>tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem,</i></p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</b></p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni.</p> <p><u>Polatuzumab wedotyny</u> w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylniej co 21 dni w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem przez 6 cykli.</p> <p>Polatuzumab wedotyny, bendamustyna i rytuksymab mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) ocena wydolności wątroby:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>3) ocena wydolności nerek:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>b) oznaczenie wskaźnika eGFR,</p> <p>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</p>

<p>1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);</p> <p>2) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</p> <p>4) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;</p> <p>5) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;</p> <p>6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>7) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</b></p> <p><b>1.2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</b></p> <p>1) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego;</p> <p>2) nieobecność neuropatii obwodowej <math>\geq 2</math> stopnia;</p>	<p>Zaleca się, aby nie przekraczać dawki polatuzumabu wedotyny powyżej 240 mg/cykl.</p> <p><u>Bendamustyna</u> – zalecana dawka wynosi 90 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę w 1. i 2. dniu każdego cyklu.</p> <p><u>Rytuksymab</u> – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m<sup>2</sup> pc. w 1. dniu każdego cyklu.</p> <p><b>1.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni.</p> <p>1.2.1. Cykle 1-12:</p> <p><u>Tafasytamab</u> w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. podawany w infuzji dożylniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– w cyklu 1. – w dniach 1., 4., 8., 15., i 22.,</li> <li>– w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu,</li> <li>– od cyklu 4. do cyklu 12. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu.</li> </ul> <p><u>Lenalidomid</u> – zalecana dawka początkowa wynosi 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu – od cyklu 1. do cyklu 12.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p>	<p>4) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR);</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>8) dodatkowo w przypadku terapii <i>tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) elektrokardiografia (EKG),</li> <li>b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA,</li> <li>c) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy).</li> </ul> <p>W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne).</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</b></p> <p>Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ul> </li> </ul>
---	--	--



<p>3) stężenie bilirubiny <math>\leq 1,5</math> razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium).</p> <p><b>1.2.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</b></p> <p>1) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.3.</b> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w tej części programu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <p>1) <i>polatumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i> – leczenie kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli;</p> <p>2) <i>tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem</i> – maksymalny czas leczenia tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem wynosi 12 cykli, natomiast przez kolejne cykle tafasytamab jest podawany w monoterapii do momentu wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.</p>	<p>1.2.2. Od 13 cyklu:</p> <p>Tafasytamab od 13. cyklu podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. w infuzji dożyłnej – w dniach 1. i 15. każdego cyklu.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>2) ocena wydolności nerek:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</p> <p>3) oznaczenie stężenia elektrolitów:</p> <p>a) oznaczenie stężenia sodu,</p> <p>b) oznaczenie stężenia potasu.</p> <p><b>2.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</b></p> <p>Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) ocena wydolności wątroby:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>3) ocena wydolności nerek:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</p> <p>4) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p><b>3.1. polatumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</b></p> <p>Badania wykonywane po 3. cyklach leczenia, po zakończeniu leczenia lub w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby:</p> <p>1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR).</p>
---	---	--

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) progresja choroby w trakcie leczenia;</li> <li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li> <li>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li> <li>4) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML) – w przypadku terapii <i>polatumabem wedotyny</i> w skojarzeniu z <i>bendamustyną</i> i <i>rytuksymabem</i></li> <li>5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li> <li>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</li> <li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</li> </ol>		<p><b>3.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</b></p> <p>Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia – po 3. cyklach leczenia, po 6 miesiącach i po 12 miesiącach leczenia oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR).</li> </ol> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia, z wyjątkiem oceny po 3 cyklu leczenia, podczas której można zastosować TK, nawet jeśli przy kwalifikacji do programu wykonano badanie PET-TK.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji – dotyczy każdej z terapii w tej części programu.</p>
<p><b>III.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B – TERAPIA CAR-T</b></p>		
<p>W ramach części III.B. programu lekowego chorym na chłoniaki z dużych komórek B udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aksykabtagenu cyloleucelu albo</li> <li>2) tisagenlecleucelu</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p>Schemat dawkowania <u>aksykabtagenu cyloleucelu</u> oraz <u>tisagenlecleucelu</u> zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych substancji czynnych.</p> <p>Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla</p>	<p><b>1. Badania</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> <li>3) ocena funkcji wątroby, tj.: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzony histologicznie:       <ol style="list-style-type: none"> <li>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 cyloleucelu albo tisagenlecleucelem,</li> <li>albo</li> <li>b) pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL) – dotyczy leczenia wyłącznie aktykaptagenem cyloleucelu;</li> </ol> </li> <li>2) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T;</li> <li>4) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego;</li> <li>5) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anti-CD20 i antracykliny;</li> <li>6) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT);</li> <li>7) czynność szpiku kostnego pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii;</li> </ol>	<p>aktykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu. Przed podaniem aktykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych produktów.</p> <p>Aktykaptagen cyloleucelu lub tisagenlecleucel muszą być podawane w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi aktykaptagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem.</p> <p><b>2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego</b></p> <p>Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aktykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</li> </ol> <p>4) ocena funkcji nerek, tj.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie klirensu kreatyniny;</li> </ol> <p>5) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>6) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR);</p> <p>7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK;</p> <p>8) elektrokardiografia (EKG);</p> <p>9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA;</p> <p>10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>11) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy);</p> <p>12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs – w przypadku dodatnich anti-HBc wykonać HBV DNA);</p> <p>13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anti-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anti-HCV).</p> <p><b>1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem aktykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> <li>2) białka ostrej fazy:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li> <li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny;</li> </ol> </li> </ol>
---	--	--

<p>8) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii;</p> <p>9) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 miesięcy po infuzji aktykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie aktykaptagenu cyloleucelu albo jedno podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.</p> <p><b>3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</b></p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;</li><li>4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;</li><li>5) aktywna hemoliza;</li><li>6) aktywna koagulopatia;</li><li>7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy;</li><li>8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN;</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie APTT,</li><li>b) oznaczenie INR,</li><li>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li><li>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu;</li></ol></li><li>4) ocena funkcji nerek (jak wyżej);</li><li>5) ocena funkcji wątroby (jak wyżej).</li></ol> <p><b>1.3. Badania w dniu następnym po podaniu aktykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li><li>2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie APTT,</li><li>b) oznaczenie INR,</li><li>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li><li>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</li><li>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;</li></ol></li><li>3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li><li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,</li><li>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).</li></ol></li></ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS;</li></ol>
---	--	---

<p>9) zakażenie HIV;</p> <p>10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C;</p> <p>11) aktywna choroba autoimmunologiczna;</p> <p>12) pierwotny niedobór odporności;</p> <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 tisagenlecleucelem;</p> <p>14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.</p>		<p>2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:</p> <p>a) oznaczenie stężenia CRP,</p> <p>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,</p> <p>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>d) oznaczenie APTT,</p> <p>e) oznaczenie INR,</p> <p>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</p> <p>g) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</p> <p>h) oznaczenie stężenia D-dimerów;</p> <p>(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);</p> <p>3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;</p> <p>4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</p> <p>8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;</p> <p>9) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>10) znaczenie stężenia elektrolitów.</p> <p>Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.</p>
--	--	---

		<p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T:</p> <p>1) TK lub NMR lub PET-TK.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
<p><b>IV.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7)</b></p>		
<p>W ramach części IV.A. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszczka (MCL) udostępnia się terapię ibrutynibem w monoterapii, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka z komórek płaszczka;</li> <li>2) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>4) nawrót albo progresja lub oporność na wcześniejsze leczenie;</li> <li>5) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;</li> <li>6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p>Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 560 mg podawana doustnie 1 raz na dobę.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leku</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>3) ocena wydolności nerek: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie wskaźnika eGFR,</li> <li>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>5) oznaczenie stężenia albumin;</li> </ol>

- 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
- 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 10) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby w trakcie leczenia;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;

- 6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);
- 7) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR) – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza;
- 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA;
- 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;
- 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.

## 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 12 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej co 3 miesiące:
  - a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
- 2) badania wykonywane co 3 miesiące:
  - a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
  - b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),
  - c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania:
  - a) oznaczenie stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek,

<p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		<p>b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane w trakcie 4. oraz 7. miesiąca leczenia, a następnie w przypadku podejrzenia progresji/nawrotu:</p> <p>1) TK lub PET-TK lub NMR – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
<p><b>IV.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7) – TERAPIA CAR-T</b></p>		
<p>W ramach części IV.B. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszczka (MCL) udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem breksukabtagenu autoleucelu, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p>Schemat dawkowania breksukabtagenu autoleucelu zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu. Przed podaniem breksukabtagenu</p>	<p><b>1. Badania</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego;</p> <p>2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>3) ocena funkcji wątroby, tj.:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p>



<p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzony histologicznie chłoniak z komórek płaszczka (MLC);</li> <li>2) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T;</li> <li>4) stosowano wcześniej co najmniej dwie linie leczenia systemowego, w tym inhibitor kinazy tyrozynowej Brutona (inhibitor BTK);</li> <li>5) oporność na leczenie zdefiniowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) lub częściowej remisji (PR) po ostatniej linii leczenia lub progresja choroby po ostatniej linii leczenia;</li> <li>6) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii;</li> <li>7) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 miesięcy po infuzji breksukabtagenu autoleucelu.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie breksukabtagenu autoleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.</p> <p><b>3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</b></p>	<p>autoleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Breksukabtagen autoleucelu musi być podawany w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi breksukabtagenem autoleucelu.</p> <p><b>2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego</b></p> <p>Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</li> </ol> <p>4) ocena funkcji nerek, tj.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie klirensu kreatyniny;</li> </ol> <p>5) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie APTT,</li> <li>b) oznaczenie INR,</li> <li>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li> <li>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</li> <li>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;</li> </ol> <p>6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK;</p> <p>8) elektrokardiografia (EKG);</p> <p>9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA;</p> <p>10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>11) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy);</p> <p>12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA);</p> <p>13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty HCV).</p> <p><b>1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem breksukabtagenu autoleucelu</b></p>
---	--	---

<p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;</li><li>4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;</li><li>5) aktywna hemoliza;</li><li>6) aktywna koagulopatia;</li><li>7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy;</li><li>8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN;</li><li>9) zakażenie HIV;</li><li>10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C;</li><li>11) aktywna choroba autoimmunologiczna;</li><li>12) pierwotny niedobór odporności;</li><li>13) aktywna, przewlekła lub ostra choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</li><li>14) żywa szczepionka podana w ciągu 6 tygodni przed planowanym rozpoczęciem chemioterapii limfodeplecyjnej;</li><li>15) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: cyklofosfamid i fludarabina;</li><li>16) nawrót choroby bez ekspresji CD19 po wcześniejszej terapii anty-CD19;</li><li>17) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).</li></ol> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li><li>2) białka ostrej fazy:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li><li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny;</li></ol></li><li>3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie APTT,</li><li>b) oznaczenie INR,</li><li>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li><li>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu;</li></ol></li><li>4) ocena funkcji nerek (jak wyżej);</li><li>5) ocena funkcji wątroby (jak wyżej).</li></ol> <p><b>1.3. Badania w dniu następnym po podaniu breksukabtagenu autoleucelu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li><li>2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie APTT,</li><li>b) oznaczenie INR,</li><li>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li><li>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</li><li>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;</li></ol></li><li>3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li><li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,</li><li>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).</li></ol></li></ol>
--	--	---

<p>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania breksukabtagenu autoleucelu.</p>		<p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) przez pierwsze 10 dni po podaniu infuzji należy codziennie monitorować pacjenta w wykwalifikowanym ośrodku leczniczym, czy nie występują u niego objawy przedmiotowe i podmiotowe CRS, zdarzeń neurologicznych i innych działań toksycznych;</li><li>2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li><li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,</li><li>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>d) oznaczenie APTT,</li><li>e) oznaczenie INR,</li><li>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li><li>g) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</li><li>h) oznaczenie stężenia D-dimerów;</li></ol>(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);</li><li>3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;</li><li>4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li><li>7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</li><li>8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;</li><li>9) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li></ol>
---	--	--

		<p>10) oznaczenie stężenia elektrolitów.</p> <p>Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania breksukabtagenu autoleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T:</p> <p>1) TK lub NMR lub PET-TK.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.</p>
		<p><b>1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla</p>

		<p>których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) całkowita odpowiedź (CR),</li><li>b) częściowa odpowiedź (PR),</li><li>c) choroba stabilna (SD),</li><li>d) brak odpowiedzi (NR),</li><li>e) progresja choroby (PD),</li><li>f) przeżycie bez progresji choroby (PFS),</li><li>g) przeżycie całkowite (OS);</li></ul> <p>Zespół Koordynacyjny (w przypadku, gdy występuje, zgodnie z opisem wskazanym w odpowiedniej części programu) analizuje przekazane dane dotyczące ww. wskaźników skuteczności terapii i podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym (tj. w odpowiedniej części programu) na koniec każdego roku;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

Załącznik B.14.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);</li> <li>2) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>3) stan ogólny 0-2 według WHO;</li> <li>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,</li> <li>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatinibem,</li> <li>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL &gt;10% IS w 6 miesiącu leczenia imatinibem</li> <li>d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL &gt; 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatinibem,</li> <li>e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL&gt;0,1% IS,</li> <li>f) ze stwierdzoną progresją choroby,</li> <li>g) nietolerujący imatinibu;</li> </ol> </li> <li>5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni nilotynibem lub bosutynibem nietolerujący nilotynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia nilotynibem lub bosutynibem</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem</b></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><b>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem.</b></p>	<p><b>1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</li> <li>b) AspAT, AlAT,</li> <li>c) kreatynina,</li> <li>d) bilirubina,</li> <li>e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,</li> <li>f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),</li> <li>g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie).</li> </ol> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia dazatynibem</b></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"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</li> <li>b) AspAT, AlAT,</li> <li>c) kreatynina,</li> <li>d) bilirubina.</li> </ol> <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><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na dazatynib;</li> <li>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);</li> <li>3) stan sprawności 3-4 według WHO;</li> <li>4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:       <ul style="list-style-type: none"> <li>– brak remisji hematologicznej,</li> <li>– brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %);</li> </ul> </li> <li>5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL &gt; 1% IS;</li> <li>6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;</li> <li>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.</li> <li>8) toksyczność hematologiczna lub pozahematologiczna w stopniu 3 lub 4 - która przejawia się pomimo przerw w leczeniu.</li> </ol> <p><b>1.3. Określenie czasu leczenia dazatynibem w programie</b></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><b>3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem.</b></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"> <li>– nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8;</li> <li>– nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12.</li> </ul> <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><b>4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem</b></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 &lt; 1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.</p> <p><b>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</li> <li>b) AspAT, AlAT,</li> <li>c) kreatynina,</li> <li>d) bilirubina,</li> <li>e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,</li> <li>f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),</li> <li>g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie),</li> </ol> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem</b></p> <p>Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</li> <li>b) AspAT, AlAT,</li> <li>c) kreatynina,</li> <li>d) bilirubina.</li> </ol> <p>Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR lub BCR-ABL &lt; 1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.</p> <p><b>2.3. Monitorowanie przewlekłej białaczki szpikowej u pacjentów z uzyskaną trwałą głęboką odpowiedzią molekularną w fazie odstawienia leczenia</b></p>
---	--	---

<p>to wcześniej zrobione, a pacjenci znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku.</p> <p><b>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);</li> <li>2) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>3) stan ogólny 0-2 według WHO;</li> <li>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,</li> <li>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatinibem,</li> <li>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL &gt;10% IS w 6 miesiącu leczenia imatinibem</li> <li>d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL &gt; 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatinibem,</li> <li>e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL&gt;0,1% IS,</li> <li>f) ze stwierdzoną progresją choroby,</li> <li>g) nietolerujący imatinibu,</li> </ol> </li> <li>5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni dazatynibem lub bosutynibem nietolerujący dazatynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia dazatynibem lub bosutynibem.</li> </ol> <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><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na nilotynib;</li> </ol>	<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 &lt;35%) lub BCR-ABL &lt;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"> <li>a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL,</li> <li>b) morfologii krwi z rozmazem</li> </ol> <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"> <li>a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL,</li> <li>b) morfologii krwi z rozmazem co 4 tygodnie do czasu odzyskania MMR, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące</li> </ol> <p>Monitorowanie liczby i kopii transkryptów BCR-ABL musi być wykonywane za pomocą ilościowego badania molekularnego*</p> <p><b>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</li> <li>b) AspAT, AlAT,</li> <li>c) kreatynina,</li> <li>d) bilirubina,</li> <li>e) badanie cytogenetyczne szpiku (opcjonalnie)</li> <li>f) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie)</li> <li>g) badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,</li> </ol>
--	---	--



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

### 2.3. Określenie czasu leczenia nilotynibem w programie

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

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

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

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

### 2.2. Monitorowanie leczenia bosutynibem

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

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

Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej CCyR lub BCR-ABL < 1% [IS]\*(MR<sup>2</sup>), 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  2) leczenie nilotynibem przez co najmniej 3 lata,  3) w tym głęboka odpowiedź molekularna utrzymuje się przez minimum jeden rok bezpośrednio przed planowanym odstawieniem leczenia.</p> <p>Pacjenci z utratą większej odpowiedzi molekularnej (MMR): BCR-ABL &gt;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><b>3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem</b></p> <p><b>3.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);  2) wiek powyżej 18 roku życia;  3) stan ogólny 0-2 według WHO;  4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej lub akceleracji dotychczas leczenia imatinibem:</p> <p>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,  b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem,  c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL &gt;10% [IS]* (MR<sup>1</sup>) w 6 miesiącu leczenia imatynibem  d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL &gt;1% [IS]*(MR<sup>2</sup>) po 12 miesiącach leczenia imatynibem,  e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną, cytogenetyczną lub większą odpowiedź molekularną - BCR-ABL &gt;0,1% [IS]* (MR<sup>3</sup>)  f) ze stwierdzoną progresją choroby,  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),  b) AspAT, AlAT,  c) kreatynina,  d) bilirubina, lipaza,  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 &lt;1% [IS]*(MR<sup>2</sup>)) a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.*</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;  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>
---	--	---

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

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

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

### 3.2. Kryteria wyłączenia

- 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na bosutynib;
- 2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego
- 3) stan sprawności 3-4 według WHO;
- 4) brak skuteczności leczenia po 3 miesiącach stosowania leku:
  - brak remisji hematologicznej,
  - brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są obecne komórki Ph(+), ale jest ich mniej niż 35 %);
- 5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL >1% [IS]\* (MR<sup>2</sup>)
- 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 &gt;95%)</p> <p>5) brak częściowej remisji cytogenetycznej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku &gt;35%) po 6 miesiącach lub BCR-ABL &gt;10% [IS]* (MR<sup>1</sup>)</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><b>4.3. Określenie czasu leczenia ponatynibem w programie</b></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: D66, D67)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii pierwotnej i wtórnej profilaktyki krwawień oraz leczenia hemofilii powikłanej nowo powstałym krążącym antykoagulantem dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień</b></p> <p><b>1.1.</b> Pierwotna profilaktyka krwawień u dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z ciężką postacią hemofilii A lub B, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII lub IX równym lub poniżej 1% poziomu normalnego.</p> <p>Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX - osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu (rurioctocog alfa pegol – można stosować u pacjentów <math>\geq 12</math> roku życia).</p> <p><b>1.2.</b> Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B wcześniej nie leczonych czynnikami krzepnięcia osoczopochodnymi (ludzkimi), u których</p>	<p><b>1. Pierwotna profilaktyka krwawień</b></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><b>2. Wtórna profilaktyka krwawień</b></p> <p>1) czynnik VIII osoczopochodny:</p> <p>a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-</p>	<p><b>1. Kwalifikacja do leczenia</b></p> <p>W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania:</p> <p>1) badania przesiewowe:</p> <p>a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT),</p> <p>b) czas protrombinowy (PT),</p> <p>c) czas trombinowy (TT);</p> <p>2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym;</p> <p>3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII;</p> <p>4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAG);</p> <p>5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen);</p> <p>6) wykonanie badań wirusologicznych (w tym HCV PCR, HBV PCR u chorych z obecnymi przeciwciałami anty HCV, HBV PCR u chorych z dodatnim antygenem HBs)</p> <p>7) morfologia krwi.</p> <p>W związku z realizacją modułów programu, inne niż wymienione w pkt 1-7 badania, są wykonywane na podstawie indywidualnych decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji</p>

<p>wystąpiło nie więcej niż jedno krwawienie dostawowe, 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 (rurioctocog alfa pegol – można stosować u pacjentów <math>\geq 12</math> roku życia).</p> <p><b>1.3. Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;</li> <li>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.</li> </ol> <p><b>2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień</b></p> <p><b>2.1. 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.</b></p> <p>Substancja czynna finansowana w ramach wtórnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;</li> <li>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych</li> </ol>	<p>700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);</p> <p>b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</li> <li>3) czynnik IX osoczopochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-400 j.m./kg m. c., na 28 dni (4 tygodnie).</li> </ol> <p><b>3. U dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego, zapewnienie czynnika VIII lub IX do zabiegu, według schematu:</b></p> <p><b>3.1. Dawkowanie czynnika VIII:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pierwsza doba: 40 do 70 j.m./kg m. c., co 8 godzin;</li> <li>2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;</li> <li>3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.;</li> <li>4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.</li> </ol> <p><b>3.2. Dawkowanie czynnika IX</b></p>	<p>leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Regionalne centra leczenia hemofilii są zobligowane do zapewnienia do nich dostępu.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Ocena skuteczności leczenia</b></p> <p>W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku;</li> <li>2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku;</li> <li>3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów.</li> </ol> <p><b>2.2. W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta.</b></p> <p>Badania w monitorowaniu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku;</li> <li>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) co najmniej raz w roku;</li> <li>3) obecność przeciwciał anti-HBs;</li> <li>4) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anti-HBs), u dodatnich przeciwciała anti-HBc i anti HBe, DNA HBV;</li> <li>5) przeciwciała anti-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV;</li> <li>6) przeciwciała anti-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV;</li> <li>7) USG naczyń w okolicy dościa żylnego, nie rzadziej niż raz w roku;</li> <li>8) badanie ogólne moczu.</li> </ol>
---	--	--

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



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

Załącznik B.17.

**LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI U DZIECI (ICD-10 D80, W TYM: D80.0, D80.1, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.8, D80.9; D81 W CAŁOŚCI; D82, W TYM: D82.0, D82.1, D82.3, D82.8, D82.9; D83, W TYM: D83.0, D83.1, D83.3, D83.8, D83.9; D89)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - według definicji WHO (World Health Organization na podstawie klasyfikacji IUIS: Frontiers in Immunology, 2011; 2: 54);</p> <p>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;</p> <p>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6) jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej.</p> <p>Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1</b> Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,6-0,8 g/kg m.c. we wlewie iv. w celu znormalizowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin).</p> <p><b>1.2</b> Kontynuacja leczenia wlewami w dawce do 0,6 g/kg m. c. w odstępach 3 do 5 tygodni. Modyfikacja dawki odpowiednio do udokumentowanego, osiągniętego ochronnego poziomu IgG w surowicy i stanu klinicznego pacjenta. Ewentualne dodatkowe przetoczenia przy ciężkich infekcjach. W szczególnych przypadkach dawkę można zwiększyć do 0,8 g/kg m.c. ).</p> <p>W przypadku postaci farmaceutycznej do podań podskórnych preparat powinien umożliwić osiągnięcie stałego poziomu IgG. Świadczeniobiorca może wymagać podania dawki nasycającej co najmniej 0,2 do 0,5 g/kg m.c. w okresie tygodnia (0,1 do 0,15 g/kg masy ciała w okresie jednego dnia). Po osiągnięciu stałego poziomu skumulowanej dawki miesięcznej rzędu 0,3 do 1,0 g/kg m.c. należy oznaczyć stężenia minimalne w celu dostosowania dawek i odstępu pomiędzy dawkami.</p> <p>Dawkowanie preparatów gammaglobulin do podawania podskórnego: Podskórne preparaty gammaglobulin wydawane są do domu przez placówki realizujące program lekowy. Świadczeniobiorca samodzielnie lub z pomocą podaje je przez pompę infuzyjną nie częściej niż 1 raz w tygodniu. Zależnie od stanu pacjenta i poziomu IgG w surowicy system podawania może być modyfikowany w ten sposób, że podanie leku</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) AlAT;</li> <li>3) AspAT;</li> <li>4) oznaczanie subpopulacji limfocytów;</li> <li>5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał;</li> <li>6) proteinogram;</li> <li>7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów;</li> <li>8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych;</li> <li>9) badanie składowych dopełniacza;</li> <li>10) test stymulacji limfocytów.</li> </ol> <p>W przypadku preparatów gammaglobulin do podawania dożylnego lub podskórnego: badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV) - przed włączeniem leczenia. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej podczas kwalifikacji do programu.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1</b> Immunoglobuliny dożylnie</p> <p>Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania:</p>

<p>na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu. Towarzyszący niedoborowi IgG niedobór IgA z występowaniem przeciwciał przeciwko IgA wymaga leczenia w ośrodku z oddziałem intensywnej terapii.</p>	<p>następuje 1 raz na 7 – 14 dni. Sumaryczna miesięczna dawka odpowiada dawkom preparatów dożylnych.</p> <p>Preparat immunoglobuliny ludzkiej do podawania podskórnego z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy (Ig+rHuPH20): Dawka 0,4-0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 2 do 4 tygodni. W początkowym okresie leczenia odstępy między pierwszymi infuzjami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie. Skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego.</p> <p>Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin.</p> <p>W przypadku pacjentów zmieniających leczenie bezpośrednio z immunoglobuliny podawanej dożylnie bądź pacjentów, którzy wcześniej przyjmowali immunoglobulinę dożylnie w udokumentowanych dawkach, produkt leczniczy należy podawać w tej samej dawce i z tą samą częstotliwością jak przy wcześniejszym leczeniu immunoglobuliną dożylną.</p> <p>W przypadku pacjentów leczonych aktualnie immunoglobuliną podawaną podskórną, początkowa dawka produktu leczniczego zawierającego immunoglobulinę ludzką z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy powinna być taka sama jak w dotychczasowym leczeniu podskórnym, jednak może być dostosowana do 3- lub 4- tygodniowych odstępów między kolejnymi dawkami. Pierwszą infuzję ww. produktu leczniczego należy wykonać tydzień po ostatnim podaniu uprzednio stosowanej immunoglobuliny.</p> <p>Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG</li> <li>2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCiG podaje personel medyczny</li> <li>3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCiG podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego</li> <li>4) Wizyty piąta i szóstą (opcjonalnie): SCiG administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod</li> </ol>	<p>a) morfologia krwi z rozmazem,  b) AIAT,  c) AspAT,  d) poziom IgG w surowicy.</p> <p>Raz na 3 miesiące (przed podaniem immunoglobulin);  w przypadku braku komplikacji raz na pół roku:  - oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.</p> <p>W przypadku wskazań dodatkowo:  a) IgA w surowicy krwi,  b) IgM w surowicy krwi.</p> <p>Raz na 6 miesięcy:  - USG jamy brzusznej.</p> <p>Powikłania infekcyjne stanowią wskazania do wykonania badań:  a) oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.  b) IgA w surowicy krwi,  c) IgM w surowicy krwi,  d) USG jamy brzusznej.</p> <p><b>2.2 Immunoglobuliny podskórne</b>  Badania kontrolne są wykonywane standardowo co 4-6 miesięcy:  a) badania efektywności leczenia (stężenie IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał),  b) morfologia krwi z rozmazem,  c) AIAT,  d) AspAT.</p> <p>Raz na 6 miesięcy:  - USG jamy brzusznej.</p> <p>Raz na rok:  - badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV).</p> <p>O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia</p>
---	---	---

	<p>nadzorem personelu medycznego</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5) Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania pompy strzykawkowej, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia</li><li>6) Pacjent otrzymuje preparaty SCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta</li><li>7) Preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucyjnie przekraczający 3 miesiące</li></ol>	<p>w ramach programu lekowego decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej.</p>
--	---	---

Załącznik B.18.

## LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO U DZIECI (ICD-10 E 22.8) LUB ZAGRAŻAJĄCEJ PATOLOGICZNEJ NISKOROSŁOŚCI NA SKUTEK SZYBKO POSTĘPUJĄCEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO (ICD-10 E 30.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego;</li> <li>2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat;</li> <li>3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok).</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie triptoreliny</b></p> <p>U dzieci o masie ciała mniejszej niż 20 kg zazwyczaj podaje się domięśniowo połowę zawartości ampułki 3,75 mg co 28 dni. U dzieci o masie ciała przekraczającej 20 kg zazwyczaj podaje się zawartość 1 ampułki 3,75 mg co 28 dni.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie <math>\beta</math>-gonadotropiny kosmówkowej (<math>\beta</math>-HCG);</li> <li>2) stężenie estradiolu;</li> <li>3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu;</li> <li>4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu;</li> <li>5) stężenie testosteronu;</li> <li>6) test stymulacji wydzielania LH i FSH;</li> <li>7) stężenie luteotropiny;</li> <li>8) stężenie folikulotropiny;</li> <li>9) stężenie prolaktyny;</li> <li>10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb);</li> <li>11) RTG śródreżcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego;</li> <li>12) USG miednicy małej i nadnerczy;</li> <li>13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego;</li> <li>14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka;</li> <li>15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla.</li> </ol>

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

Załącznik B.19.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku stanów zagrożenia życia w następstwie trudnych do opanowania, nawracających stanów hipoglikemii u noworodków lub niemowląt, świadczeniobiorca kwalifikowany jest do terapii niezwłocznie po jego zgłoszeniu.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nawracające stany hipoglikemii w okresie niemowlęcym i/lub ponimowlęcym (po wykluczeniu częstych przyczyn hipoglikemii oraz wykluczeniu hiperinsulinizmu wrodzonego i pierwotnego niedoboru glikokortykosteroidów), szczególnie u dzieci ze współistniejącymi wadami linii pośrodkowej ciała, przede wszystkim w obrębie twarzy-czaszki;</li> <li>2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich (nie dotyczy dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki (WNP) oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu (SNP) oraz dzieci, u których terapię rozpoczęto w okresie niemowlęcym lub ponimowlęcym i dzieci po terapii chorób rozrostowych);</li> <li>3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie, wieczorem, w dawce: 0,1–0,33 mg (0,3–1,0 IU)/kg m.c./tydzień.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) u niemowląt i dzieci w okresie ponimowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała,</li> <li>b) USG przeziemiączkowe lub obrazowanie OUN za pomocą MRI lub TK z kontrastem,</li> <li>c) co najmniej 5 – krotny pomiar stężenia hormonu wzrostu, optymalnie we śnie (stężenia GH <math>\geq 10</math> ng/ml nie stanowią przy tym podstawy do odstąpienia od terapii hormonem wzrostu),</li> <li>d) stężenie IGF-I i IGFBP3, (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków),</li> <li>e) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku,</li> <li>f) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb;</li> </ol> </li> <li>2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI;</li> <li>3) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera;</li> <li>4) stężenia hormonu wzrostu w dwóch niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu;</li> </ol>

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



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

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

		<p><b>2.4. Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu promującej wzrastanie:</b></p> <p>1) co najmniej miesiąc po zakończeniu terapii test stymulacji wydzielania GH insuliną lub innym powszechnie uznanym stymulatorem sekrecji tego hormonu (5 lub więcej pomiarów stężeń GH) przed przekazaniem świadczeniobiorców pod opiekę jednostki endokrynologicznej zajmującej się leczeniem osób dorosłych w przypadku stężeń hormonu wzrostu &lt;3 ng/ml).</p> <p>Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

Załącznik B.20.

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

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

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

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

Załącznik B.21.

**LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Leczenie następujących niedoborów enzymatycznych: beta-syntazy cystationiny (CBS), reduktazy 5,10-metylenotetrahydrofolianu (MTHFR) oraz niektórych zaburzeń metabolizmu kofaktora kobalaminy (cbl C,D,E,F,G):</p> <p>1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. &gt; 50 <math>\mu\text{mol/l}</math>, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. &lt; 5 lub &gt; 40 <math>\mu\text{mol/l}</math>, po wykluczeniu niedoboru witaminy B<sub>12</sub> i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B<sub>12</sub> lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów;</p> <p>2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B<sub>6</sub> (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>1.1 Zalecana dawka dobową betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g.</p> <p>Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g.</p> <p>W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę.</p> <p>1.2 U dzieci w wieku poniżej 10 lat zwykle skuteczne jest dawkowanie 100 mg/kg mc/dobę w 2 dawkach podzielonych; zwiększenie dawkowania ponad 2 razy na dobę lub zwiększenie wielkości dawki ponad 150 mg/kg mc/dobę nie jest zalecane, bo nie zwiększa skuteczności leczenia.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;</li> <li>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);</li> <li>3) morfologia krwi;</li> <li>4) stężenie witaminy B<sub>12</sub> i kwasu foliowego we krwi;</li> <li>5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego;</li> <li>6) profil acylokarnityn metodą MS/MS;</li> <li>7) MRI OUN;</li> <li>8) konsultacja neurologiczna;</li> <li>9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</li> <li>10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);</li> <li>11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przeżył lansektomii).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;</li> <li>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);</li> <li>3) morfologia krwi;</li> <li>4) stężenie witaminy B<sub>12</sub>, kwasu foliowego, witaminy 25OHD<sub>3</sub> we krwi;</li> <li>5) poziom Ca, PO<sub>4</sub><sup>3-</sup>, fosfatazy alkalicznej we krwi;</li> <li>6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</li> <li>7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);</li> </ol>

dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy B<sub>6</sub>;

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

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia:

- 1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę;
- 2) pozytywny wynik testu z witaminą B<sub>6</sub> - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB<sub>6</sub>-zależnej odpowiadają bowiem na leczenie pirydoksyną w stopniu zadowalającym i nie wymagają dodatkowej podaży betainy;
- 3) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych leku, w tym wystąpienia obrzęku mózgu związanego z wysokim poziomem metioniny we krwi > 1000 µmol/l u pacjentów z homocystynurią klasyczną (deficyt CBS);
- 4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;
- 5) ciąża lub karmienie piersią.

- 8) konsultacja neurologiczna;
- 9) konsultacja dietetyczna.

W przypadku napadowych objawów neurologicznych konieczne są aktualne badania MRI OUN lub EEG (zależnie od objawów). Okresowej skuteczności terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta.

## 3. Monitorowanie programu

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



Załącznik B.22.

**LECZENIE CHOROBY POMPEGO (ICD-10 E 74.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji 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 pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></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><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></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><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Postać klasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;</li> <li>2) ocena miana CRIM (<i>cross-reactive immunological material</i>) – wynik badania nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, ale jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz w rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) układ krzepnięcia (INR, APTT);</li> <li>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li> <li>6) aktywność CK, CK-MB;</li> <li>7) gazometria;</li> <li>8) USG jamy brzusznej z oceną wątroby;</li> <li>9) pomiary antropometryczne;</li> <li>10) ciśnienie tętnicze krwi;</li> <li>11) EKG;</li> <li>12) USG serca;</li> <li>13) RTG klatki piersiowej;</li> <li>14) konsultacja pulmonologiczna;</li> </ol>

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

		<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><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Co 180 dni</b> (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><b>2.1.1. Postać klasyczna choroby</b></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><b>2.1.2. Postać nieklasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li><li>3) stężenie CK, CK-MB;</li><li>4) saturacja krwi;</li><li>5) gazometria;</li><li>6) badanie spirometryczne (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);</li><li>7) pomiary antropometryczne;</li><li>8) ciśnienie tętnicze krwi;</li><li>9) EKG;</li><li>10) USG serca</li><li>11) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);</li><li>12) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);</li><li>13) konsultacja kardiologiczna.</li></ol> <p><b>2.2. Co 365 dni</b></p> <p><b>2.2.1. Postać klasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny).</li></ol> <p><b>2.2.2. Postać nieklasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny);</li><li>2) konsultacja ortopedyczna (opcjonalnie RTG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa);</li></ol>
--	--	---

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

## Załącznik B.23

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

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

<p>wylączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na imiglucerażę albo welaglucerażę alfa albo eliglustat;</li> <li>2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;</li> <li>3) Ciąża albo laktacja - dotyczy terapii eliglustatem;</li> <li>4) Pacjenci z typem II choroby. Ponadto w przypadku terapii welaglucerażą alfa albo eliglustatem pacjenci z III typem choroby;</li> <li>5) Dzieci poniżej 2 roku życia (dotyczy terapii welaglucerażą alfa);</li> <li>6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu;</li> <li>7) Stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego typami metabolizmu lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem.</li> </ol> <p><b>2. Kryteria zmiany leczenia imigluceraży na welaglucerażę alfa oraz welagluceraży alfa na imiglucerażę</b> Świadczeniobiorcy aktualnie leczeni w związku z chorobą Gauchera typu I za pomocą enzymatycznej terapii zastępczej z zastosowaniem imigluceraży albo welagluceraży alfa mogą przejść na terapię imiglucerażą albo welaglucerażą alfa stosując taką samą dawkę i taką samą częstość dawkowania.</p>	<p>przepisaną dawkę w porze przewidzianej na kolejną dawkę (nie należy podwajać kolejnej dawki). Kapsułki można przyjmować niezależnie od posiłku. Należy unikać spożywania grejpfrutów lub soku z grejpfrutów.</p> <p>W przypadku zmiany leczenia z enzymatycznej terapii zastępczej (ETZ) podanie pierwszej dawki eliglustatu powinno nastąpić dzień po podaniu ostatniego wlewu dożylnego ETZ.</p> <p>W przypadku zmiany z eliglustatu na ETZ podanie pierwszego wlewu dożylnego powinno nastąpić niezwłocznie, nie później niż 7 dni po podaniu ostatniej dawki eliglustatu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15) USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>16) RTG płuc;</li> <li>17) Konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby);</li> <li>18) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>19) EEG (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>20) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>21) Spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia);</li> <li>22) Pomiar antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała);</li> <li>23) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody)</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Co 180 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Morfologia krwi pełna z rozmazem;</li> <li>2) Układ krzepnięcia: APTT, INR;</li> <li>3) Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerażie alfa (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych);</li> </ol> <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z chorobą Gauchera.</p> <p><b>2.2. Co 365 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony;</li> <li>2) EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem);</li> <li>3) RTG płuc;</li> <li>4) USG układu sercowo-naczyniowego (w przypadku</li> </ol>
---	--	---

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



Załącznik B.24.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu <math>\alpha</math>-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b> 1) ciąża lub laktacja;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b> Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym.</p> <p>Początkowa prędkość infuzji wynosi 2 j./kg m.c./h. Prędkość infuzji można stopniowo zwiększać, co 15 minut, przy dobrej tolerancji leku, aż do maksymalnej prędkości 43 j./kg m.c./h</p> <p>Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin.</p> <p>Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu.</p> <p>Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności <math>\alpha</math>-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;</li> <li>2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem;</li> <li>3) ocena miana przeciwciał przeciwko <math>\alpha</math>-L-iduronidazie (nie jest badaniem obowiązkowym);</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li> <li>6) stężenie fosfatazy alkalicznej;</li> <li>7) stężenie witamin E i D;</li> <li>8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej;</li> <li>9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony;</li> <li>10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa;</li> <li>11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;</li> <li>12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</li> <li>13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>14) EKG;</li> <li>15) USG układu sercowo-naczyniowego;</li> <li>16) konsultacja laryngologiczna;</li> <li>17) badanie audiometryczne;</li> <li>18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów;</li> <li>19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka;</li> <li>20) konsultacja neurologiczna;</li> <li>21) konsultacja kardiologiczna;</li> </ol>

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

		<p>10) badanie audiometryczne;</p> <p>11) konsultacja ortopedyczna z oceną zakresu ruchomości stawów;</p> <p>12) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>13) konsultacja neurologiczna;</p> <p>14) badanie spirometryczne układu oddechowego;</p> <p>15) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej;</p> <p>16) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</p> <p>17) test 3/6 minutowego marszu;</p> <p>18) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;</p> <p>19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

Załącznik B.25.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry;</p> <p>b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) ciąża lub laktacja;</p> <p>2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sulfataza iduronianu podawana jest w dawce 0,5 mg/kg masy ciała, co tydzień, w postaci dożylnego wlewu, trwającego ok. 3 godzin, który może być stopniowo skrącany do 1 godziny, jeśli nie występują reakcje niepożądane związane z jego podaniem.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) układ krzepnięcia;</li> <li>3) proteinogram;</li> <li>4) gazometria;</li> <li>5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina;</li> <li>6) cholesterol;</li> <li>7) witamina D i K;</li> <li>8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;</li> <li>9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);</li> <li>10) parametry życiowe;</li> <li>11) pomiary antropometryczne;</li> <li>12) EEG;</li> <li>13) EKG;</li> <li>14) echokardiografia;</li> <li>15) RTG klatki piersiowej;</li> <li>16) USG jamy brzusznej;</li> <li>17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa;</li> <li>18) RTG kręgosłupa;</li> <li>19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);</li> <li>20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);</li> <li>21) badanie audiometryczne;</li> <li>22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów</li> </ol>

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

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

Załącznik B.27.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1a. Kryteria kwalifikacji do leczenia tobramycyną</b></p> <p>a) wiek od 6 lat</p> <p>b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i>,</p> <p>c) oporność na kolistynę lub udokumentowana nietolerancja kolistyny (nietolerancję kolistyny można wykazać poprzez spadek FEV1 lub FVC po rozpoczęciu leczenia kolistyną podawaną wziewnie lub dodatni wynik testu degranulacji bazofilów z kolistyną)</p> <p>Kryteria kwalifikacji leczenia tobramycyną muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1b. Kryteria do kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną</b></p> <p>a) wiek od 18 lat</p> <p>b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i>,</p> <p>c) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu kolistyny wziewnej</p> <p>d) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu tobramycyny wziewnej</p>	<p><b>1a. Dawkowanie tobramycyny</b></p> <p>Dawka tobramycyny dla dorosłego i dzieci w wieku od 6 lat to zawartość jednego pojemnika (300 mg) dwa razy na dobę (rano i wieczorem) przez 28 dni.</p> <p>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin.</p> <p>Po 28 dniach leczenia tobramycyną, preparat należy odstawić na okres następnych 28 dni. Należy przestrzegać 28-dniowych naprzemiennych cykli aktywnego leczenia z 28-dniową przerwą w leczeniu (28 dni leczenia na przemian z 28-dniowymi przerwami w podawaniu leku).</p> <p><b>1b. Dawkowanie lewofloksacyny</b></p> <p>Dawkowanie lewofloksacyny odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Zalecana dawka lewofloksacyny to 240 mg (jedna ampulka), podawana drogą wziewną dwa razy na dobę, możliwe dokładnie co 12 godzin. Lek przyjmuje się w naprzemiennych cyklach, w których po 28 dniach podawania leku następuje 28 dni przerwy w jego podawaniu.</p>	<p><b>1a. Badania przy kwalifikacji do leczenia tobramycyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie kreatyniny;</li> <li>2) stężenie mocznika;</li> <li>3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie);</li> <li>4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność <i>P. aeruginosa</i> na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę;</li> <li>5) RTG klatki piersiowej;</li> <li>6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku;</li> <li>7) audiometria.</li> </ol> <p><b>1b. Badania przy kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>2) badanie mikrobiologiczne potwierdzające zakażenie dróg oddechowych <i>Pseudomonas aeruginosa</i>;</li> <li>3) EKG;</li> <li>4) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi.</li> </ol> <p><b>2a. Monitorowanie leczenia tobramycyną</b></p>

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



<p>i) zakażenie wirusem HIV lub przewlekłe aktywne zapalenie wątroby wtórne do zapalenia wątroby typu B i/lub C – dotyczy lewofloksacyny;</p> <p>j) czynniki predysponujące do wystąpienia tętniaka i rozwarstwienia aorty (dodatni wywiad rodzinny w kierunku tętniaka, wcześniejsze występowania tętniaka lub rozwarstwienia aorty, zespół Marfana, Zespół Ehlersa-Danlosa typu naczyniowego, zapalenia tętnic Takayasu, olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, choroba Behçeta, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca) – dotyczy lewofloksacyny;</p> <p>k) ciąża lub karmienie piersią (czasowe zawieszenie leczenia w Programie lekowym) – dotyczy lewofloksacyny.</p>		<p>udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

Załącznik B.28.

## LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY (ICD-10 G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 24.8, G 51.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej w ramach programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,4 i 5.</p> <p>1) Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej:</p> <p>a) w kręczu karku u świadczeniobiorców poniżej 50 roku życia: badanie TK lub MRI głowy, poziom miedzi lub ceruloplazminy, ocena przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej,</p> <p>b) w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni),</p> <p>c) w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy,</p> <p>d) w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne,</p> <p>e) w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi,</p> <p>f) w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne;</p> <p>2) Wykluczenie miastonii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach);</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport)</b></p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.;</p> <p>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;</p> <p>c) Połowiczny kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;</p> <p>d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</p> <p>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.;</p> <p>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.</p> <p><b>1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox)</b></p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) Poziom miedzi;</p> <p>2) Poziom ceruloplazminy;</p> <p>3) Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji);</p> <p>4) Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej;</p> <p>5) Badanie elektromiograficzne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii zadaniowych.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Ocena skuteczności poprzedniej iniekcji w skali GCI: od -3 do +3 (-3, -2, -1,0 +1, +2, +3). Podanie pod kontrolą USG lub EMG w uzasadnionych przypadkach.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p>

<p>3) Brak objawów uogólnionego zakażenia;</p> <p>4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania;</p> <p>5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, jednakże maksymalnie 4 razy w okresie roku.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku;</p> <p>2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników w leku;</p> <p>3) Powstanie oporności na lek;</p> <p>4) Stwierdzenie miastonii lub zespołu miastenicznego;</p> <p>5) Objawy uogólnionego zakażenia;</p> <p>6) Zapalenie okolicy miejsca podania;</p> <p>7) Cięża;</p> <p>8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy).</p>	<p>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;</p> <p>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;</p> <p>d) Dystonia krtoniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.;</p> <p>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</p> <p>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.</p> <p><b>1.3. Botulinum A toxin a 100 j. (Xeomin)</b></p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;</p> <p>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko;</p> <p>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.;</p> <p>d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</p> <p>Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku.</p>	<p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z 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 CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE (ICD-10: G35)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie stwardnienia rozsianego substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w I linii leczenia:</b> interferon beta-1a, interferon beta-1b, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, teryflunomid, ozanimod, ponosimod, ofatumumab, okrelizumab kladrybina;</li> <li><b>postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w II linii leczenia:</b> okrelizumab, fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina;</li> <li><b>szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby (RES RRMS):</b> fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina;</li> <li><b>postać pierwotnie postępująca (PPMS):</b> okrelizumab;</li> <li><b>postać wtórnie postępująca (SPMS):</b> interferon beta-1b, siponimod.</li> </ol> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia interferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a, teryflunomidem, ozanimodem, ponosimodem, ofatumumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,4,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <p>Do leczenia fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem,</p>	<p><b>1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie</b></p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu interferonem beta-1a, interferonem beta-1b, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem, okrelizumebem, ozanimodem, ponosimodem, ofatumumabem, fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, kladrybiną lub siponimodem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>badania biochemiczne w tym oceniające: <ol style="list-style-type: none"> <li>funkcje nerek,</li> <li>funkcje wątroby,</li> <li>funkcje tarczycy;</li> </ol> </li> <li>badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu wraz z mikroskopową oceną osadu;</li> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>dla postaci rzutowo-remisyjnej oraz wtórnie postępującej rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.);</li> <li>dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu): rezonans magnetyczny głowy i maksymalnie 2 odcinków rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12</li> </ol>

<p>kwalfikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,5,9,10 albo 1,6,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <p>Do leczenia okrelizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,4,9,10 albo 1,5,9,10 albo 1,7,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <p>Do leczenia kladrybiną kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,3,4,9,10 albo 1,5,9,10 albo 1,6,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <p>Do leczenia interferonem beta-1b kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,4,9,10 albo 1,8,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <p>Do leczenia siponimodem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,8,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) rozpoznanie stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;</li><li>2) w przypadku rozpoznania postaci rzutowo - remisyjnej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją;</li><li>3) w przypadku rozpoznania postaci rzutowo - remisyjnej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 2 rzutów klinicznych niezależnie od zmian MRI w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją;</li><li>4) stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie;</li><li>5) pacjenci, u których stwierdzono nieskuteczność leczenia interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub octanem glatirameru lub fumaranem dimetylu lub peginterferonem beta-1a lub teryflunomidem lub ozanimodem lub ponesimodem lub</li></ol>		<p>miesiący od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>6) test ciążyowy u pacjentek w wieku rozrodczym;</li><li>7) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;</li><li>8) badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu;</li><li>9) częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy teryflunomidu, alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu;</li><li>10) konsultacja kardiologiczna u pacjentów otrzymujących leki mogące zwalniać akcję serca (betablokery, werapamil, digoksyna, leki cholinolityczne, pilokarpina itp.) oraz u pacjentów z wywiadem w kierunku zaburzeń rytmu i przewodzenia, niewydolności serca, omdleń kardiogennych, lub innej znaczącej choroby serca - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu;</li><li>11) konsultacja okulistycka - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu;</li><li>12) oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV). W razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia - dotyczy fingolimodu lub kladrybiny, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu;</li><li>13) konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu i siponimodu;</li><li>14) wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu;</li><li>15) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu, lub kladrybiny;</li></ol>
---	--	--

<p>ofatumumabem lub okrelizumabem w ramach I linii leczenia lub kladrybiną w ramach I linii leczenia definiowaną jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2;</p> <p>6) szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry (pkt a oraz pkt b):</p> <p>a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność,</p> <p>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- co najmniej jedna nowa zmiana GD (+)</li><li>lub</li><li>- co najmniej dwie nowe zmiany w sekwencji T2;</li></ul> <p>7) rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia tj. spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c):</p> <p>a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5;</p> <p>b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji <math>\leq 5,0</math></li><li>lub</li><li>- mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji <math>&gt;5,0</math>,</li></ul> <p>c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do poprzedniego wykonanego badania MRI.):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd</li><li>lub</li></ul>		<p>16) badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych - dotyczy okrelizumabu i ofatumumabu;</p> <p>17) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu;</p> <p>18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu;</p> <p>19) standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu;</p> <p>20) w przypadku kwalifikacji do terapii siponimodem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) określenie polimorfizmu genu CYP2C9,</li><li>b) u kobiet w wieku rozrodczym - test ciążyowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia siponimodem;</li></ul> <p>Jeżeli jest konieczne to pacjenci włączeni do leczenia powinni zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem” i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej.</p> <p><b>2. Inicjacja leczenia</b></p> <p>W zależności od decyzji lekarza inicjacja terapii okrelizumabem, ozanimodem, ponesimodem, fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, kladrybiną, siponimodem może być prowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p><b>3. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 - 6 miesięcy (zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego);</p>
--	--	--

<p>- przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2;</p> <p>8) rozpoznanie aktywnej postaci wtórnie postępującego stwardnienia rozsianego definiowanej jako aktywność kliniczna lub radiologiczna w ciągu ostatnich 24 miesięcy oraz</p> <p>a) EDSS od 3,0 do 6,5 punktów,</p> <p>b) udokumentowana progresja EDSS niezwiązana z rzutem wynosząca co najmniej 1 punkt w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS &lt; 6.0 lub co najmniej 0,5 punktu w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS <math>\geq</math> 6.0 odnotowaną w ciągu ostatnich 24 miesięcy;</p> <p>9) wiek pacjenta:</p> <p>a) brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta lub octanem glatirameru,</p> <p>b) od 10 roku życia dla terapii teryflunomidem lub fingolimodem,</p> <p>c) wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a, natalizumabem,</p> <p>d) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii alemtuzumabem, okrelizumabem, ozanimodem, ofatumumabem, ponesimodem, kładrybiną, siponimodem,</p> <p>e) pacjentów poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów lub neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM oraz pod warunkiem przekazania opiekunom chorych/chorym kwalifikowanym do terapii pisemnej informacji na temat aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do leczenia wskazanych w</p>	<p>2) postać rzutowo remisyjna - rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego); (dopuszcza się odstępianie od wykonania badania w przypadku pacjentek będących w ciąży);</p> <p>3) postać pierwotnie postępująca oraz postać wtórnie postępująca - rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia wg decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>4) w trakcie leczenia należy wykonywać badania laboratoryjne zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych;</p> <p>5) monitorowanie leczenia <b>siponimodem</b>:</p> <p>a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych,</p> <p>b) konsultacja okulistyczna 3 -4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku płamki, a następnie nie rzadziej niż raz w roku,</p> <p>c) konsultacja okulistyczna w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia siponimodem,</p> <p>d) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące,</p> <p>e) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,</p> <p>f) konsultacja dermatologiczna po każdym 12 miesiącach leczenia,</p> <p>6) monitorowanie leczenia <b>fingolimodem</b>:</p> <p>a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu</p>
--	--

<p>Charakterystykach Produktów Leczniczych:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stosowanie antykoncepcji, leczenie w okresie ciąży i karmienia piersią zgodne z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Stosowanie leczenia w ciąży jest możliwe po przekazaniu pacjentce pisemnej informacji dotyczącej aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku u kobiet w ciąży oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na stosowanie leku;</li></ul> <p>11) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia,</li><li>b) pacjentów uprzednio leczonych danym lekiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu,</li><li>c) pacjentów uprzednio leczonych przez okres min. 12 miesięcy lekiem modyfikującym przebieg choroby w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji (nie jest wymagane wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie ostatnich 12 miesięcy) oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.</li></ul> <p><b>2. Zamiana leków</b></p> <p>Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p>		<p>leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>b) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące,</li><li>c) badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,</li><li>d) test ciążyowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,</li><li>e) konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku. Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem,</li><li>f) konsultacja dermatologiczna po każdym 12 miesiącach leczenia,</li><li>g) rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego.</li></ul> <p>7) Monitorowanie leczenia <b>natalizumabem</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) badanie morfologii krwi i poziomu transaminaz wątrobowych w 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych,</li><li>b) badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,</li><li>c) test ciążyowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,</li><li>d) w przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN (neuronopatia komórek ziarniczych) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu,</li><li>e) powtarzanie testu na obecność przeciwciał anti-JCV z</li></ul>
--	--	--



<p>1) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków interferon beta-1a, interferon beta-1b, octan glatirameru, fumaran dimetylu, peginterferon beta-1a, teryflunomid, ozanimod, poniesimod, ofatumumab, okrelizumab na inny lek z tej grupy w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych albo</p> <p>b) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI albo</p> <p>c) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu) albo</p> <p>d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta;</p> <p>2) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leku na kladrybinę w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia 2 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI</p> <p>3) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leku z kladrybiny na inny lek z I linii leczenia w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych albo</p> <p>b) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI albo</p>		<p>określeniem miana poziomu przeciwciał, u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anty-JCV co 6 miesięcy,</p> <p>f) u pacjentów zgłaszających objawy takie jak: zmniejszona ostrość widzenia, zaczerwienienie i ból oka należy skierować na badanie siatkówki w kierunku ARN (ostra martwica siatkówki). W przypadku klinicznego potwierdzenia ARN należy rozważyć zakończenie leczenia natalizumabem,</p> <p>g) w przypadku terapii natalizumabem u pacjentów z wyższym ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– pacjenci z wszystkimi trzema czynnikami ryzyka PML (tj. z obecnością przeciwciał anty-JCV oraz stosujący leczenie natalizumabem od ponad 2 lat oraz wcześniej stosujący leki immunosupresyjne)</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– pacjenci z wysokim wskaźnikiem przeciwciał anty-JCV, leczeni natalizumabem od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku <math>\leq 0,9</math> i znacząco wzrasta dla wartości powyżej 1,5 u pacjentów leczonych natalizumabem przez dłużej niż 2 lata.</li></ul> <p>8) Monitorowanie leczenia <b>alemtuzumabem</b>:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy, aktywność aminotransferaz i badanie moczu z mikroskopową oceną osadu, co miesiąc (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych),</p> <p>b) stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych),</p>
--	--	---

<p>c) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu)</p> <p>albo</p> <p>d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta;</p> <p>4) w ramach II linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków okrelizumab, fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina na inny lek z tej grupy w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego</p> <p>albo</p> <p>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;</p> <p>5) w ramach leczenia szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zamiany leków fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina na inny lek z tej grupy w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego</p> <p>albo</p> <p>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;</p> <p>6) w ramach leczenia wtórnym postępującej postaci SM (SPMS) dopuszcza się zamiany leków interferon beta-1b, siponimod na inny lek z tej grupy w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego</p> <p>albo</p>		<p>c) u pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV,</p> <p>d) badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem,</p> <p>e) przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciąży oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wirusii HBV i HCV oraz RTG klatki piersiowej.</p> <p>9) monitorowanie leczenia <b>okrelizumabem</b>:</p> <p>a) badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku,</p> <p>b) badanie ogólne moczu oraz test ciąży - przed każdym podaniem leku,</p> <p>c) badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku,</p> <p>d) badanie HBsAg - przed każdym podaniem leku;</p> <p>10) Monitorowanie leczenia <b>kladrybiną</b>:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów przed rozpoczęciem stosowania leku - 2 miesiące i 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia w każdym roku leczenia. Jeśli liczba limfocytów zmniejszy się do wartości poniżej 500 komórek/mm<sup>3</sup>, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/mm<sup>3</sup>,</p> <p>b) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>c) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>d) badanie funkcji nerek i wątroby - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>e) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym</p>
--	--	---

<p>b) w przypadku wzrostu EDSS o 1 punkt w czasie 12 miesięcy leczenia;</p> <p>7) z powodu planowanej lub potwierdzonej ciąży oraz w okresie karmienia piersią możliwa jest czasowa zmiana terapii na interferon beta lub octan glatirameru z możliwością powrotu do wcześniej stosowanej terapii po zakończonej ciąży albo jej planowaniu albo karmieniu;</p> <p>8) pacjentom leczonym fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, umożliwia się deeskalację terapii na preparaty interferonu beta, peginterferonu beta-1a, octanu glatirameru, fumaranu dimetylu, teriflunomidu, ozanimodu ponesimodu, ofatumumabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta.</p> <p>9) pacjentom leczonym okrelizumabem lub kladrybiną w ramach II linii leczenia umożliwia się deeskalację terapii na preparaty interferonu beta, peginterferonu beta-1a, octanu glatirameru, fumaranu dimetylu, teriflunomidu, ozanimodu ponesimodu, ofatumumabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta.</p> <p>10) w przypadku leczenia okrelizumabem w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać fingolimod lub natalizumab lub alemtuzumab lub kladrybinę.</p> <p>11) w przypadku leczenia kladrybiną w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać fingolimod lub natalizumab lub alemtuzumab lub okrelizumab.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;</p>		<p>kursem leku,</p> <p>f) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>g) wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia),</p> <p>h) MRI - zalecane raz na rok.</p> <p>Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuację leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

- 2) spełnienie kryteriów braku skuteczności leczenia zawartych w pkt 4 lub wyczerpanie dostępnych opcji terapeutycznych w ramach programu lekowego
- 3) w przypadku postaci rzutowo - remisyjnej:
  - a) przejście w postać wtórnie postępującą przy czym możliwa jest kontynuacja leczenia w programie pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji do leczenia siponimodem lub interferonem beta 1b w ramach SPMS;
  - b) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 7,0 (w trakcie remisji);
- 4) w przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML) postępować zgodnie z zaleceniami dotyczącymi określonego produktu leczniczego opisanymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

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

Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia.

U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy.

Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby zależy od decyzji lekarza.

Z uwagi na podwyższone ryzyko PML specjalista neurolog i pacjent powinni ponownie po 2 latach terapii indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem.

Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby.

Przy stosowaniu kladrybiny w tabletkach, pełna ocena skuteczności powinna być przeprowadzona po podaniu całkowitej dawki leku, czyli

po dwóch cyklach leczenia. Jednak w przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu leczenia kładrybiną w tabletkach pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć wcześniejszą zmianę leczenia. Okres obserwacji dla kładrybiny w tabletkach w kolejnych latach trwa do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia.

W przypadku postaci rzutowo - remisyjnej (RRMS) brak skuteczności leczenia lekami I linii leczenia (interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub octanem glatirameru, fumaranem dimetylu lub peginterferonem beta-1a lub teryflunomidem lub ozanimodem lub poniesimodem lub ofatumumabem lub okrelizumabem lub kładrybiną) uzasadniający zmianę leczenia na leki stosowane w II linii definiowany jest jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2.

Za brak skuteczności leczenia lekami II linii leczenia (fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem lub okrelizumabem (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej), lub kładrybiną) uzasadniający zmianę bądź zakończenie leczenia, przyjmuje się przejście w postać wtórnie postępującą SM albo wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów:

1) liczba i ciężkość rzutów:

a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami

lub

b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia;

2) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej:

a) 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5,

<p>b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0;</p> <p>3) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdym 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:</p> <p>a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),</p> <p>b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.</p> <p>Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem (w przypadku postaci pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych:</p> <p>1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy;</p> <p>2) EDSS powyżej 8,0.</p> <p>W przypadku leczenia postaci wtórnie postępującej (SPMS) za brak skuteczności leczenia siponimodem lub interferonem beta-1b przyjmuje się jedno z poniższych:</p> <p>1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt. w ciągu 12 miesięcy;</p> <p>2) EDSS powyżej 8,0.</p> <p><b>5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie</b></p> <p>Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów braku skuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.</p> <p>Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu, po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych.</p>		
---	--	--

<p>Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.</p>		
--	--	--

Załącznik B.30.

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

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



Załącznik B.31.

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

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

**WYKAZ SKRÓTÓW**

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

**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA SZCZEGÓLWE**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b><u>A. Leczenie TNP u dorosłych (≥18 lat)</u></b></p> <p><b>IA. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)</b></p> <p><b>1. Bosentan</b></p> <p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) II lub III klasa czynnościowa.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) co najmniej jedno z przeciwwskazań wymienionych w ChPL.</p> <p><b>2. Sildenafil</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) II lub III klasa czynnościowa lub</p> <p>2) I klasa czynnościowa, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony inhibitorem PDE5 – z wyłączeniem pacjentów z zespołem Eisenmengera.</p> <p><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) nieskuteczność terapii lub powikłania terapii;</p> <p>2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni;</p> <p>3) zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni;</p> <p>4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (&lt;90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP;</p>	<p><b><u>A. Leczenie TNP u dorosłych</u></b></p> <p><b>1. Dawkowanie bosentanu</b></p> <p>1.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</p> <p>1.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</p> <p><b>2. Dawkowanie iloprostu</b></p> <p>2.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</p> <p>2.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</p> <p><b>3. Dawkowanie treprostinilu</b></p> <p>3.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <p>1) stanu pacjenta;</p> <p>2) odpowiedzi na leczenie;</p> <p>3) tolerancji leczenia.</p> <p>3.2. Zwiększenie dawki powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p>3.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania nieinwazyjne:</b></p> <p>1) ocena klasy czynnościowej</p> <p>2) test 6-minutowego marszu –</p> <p>a) badanie nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory</p> <p>b) w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania;</p> <p>3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności),</p> <p>4) badanie echokardiograficzne.</p> <p><b>1.2. Badania inwazyjne</b></p> <p>1.2.1. Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną:</p> <p>1) ciśnienia zaklinowania;</p> <p>2) naczyniowego oporu płucnego;</p> <p>3) pojemności minutowej;</p> <p>4) saturacji mieszanej krwi żyłnej</p> <p>i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia.</p>

<p>5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybiczych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem;</p> <p>6) retinitis pigmentosa lub utrata wzroku w wyniku nietętnicznej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION);</p> <p>7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh).</p> <p><b>II. LECZENIE II RZUTU</b></p> <p><b>II.A. MONOTERAPIA</b></p> <p><b>1. Bosentan albo iloprost albo treprostinil</b></p> <p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej</p> <p>lub</p> <p>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p><b>a) bosentan</b></p> <p>Co najmniej jedno z przeciwwskazań wymienionych w ChPL,</p> <p><b>b) iloprost</b></p> <p>1) ciężka choroba niedokrwienne serca lub niestabilna dławica piersiowa;</p> <p>2) zawał mięśnia sercowego przeżyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;</p> <p>3) niewyrównana niewydolność serca - jeśli nie spowodowana TNP;</p> <p>4) ciężkie zaburzenia rytmu serca;</p> <p>5) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;</p>	<p><b>4. Dawkowanie sildenafilu</b></p> <p>4.1. Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie.</p> <p>4.2. W przypadku progresji choroby udokumentowanej badaniami nieinwazyjnymi i cewnikowaniem prawego serca, zgodnie z opisem programu, istnieje możliwość zwiększenia dawki sildenafilu do maksymalnie 3 razy po 40 mg dziennie.</p> <p><b>Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej</b> stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożności podania postaci stałej.</p> <p><b>5. Dawkowanie epoprostenolu</b></p> <p>5.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <p>1) stanu pacjenta;</p> <p>2) odpowiedzi na leczenie;</p> <p>3) tolerancji leczenia.</p> <p>5.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p>5.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.</p> <p><b>6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej</b></p> <p>6.1. Dawka macytentanu: 10 mg raz dziennie;</p>	<p>Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8-12 tygodni przed włączeniem do programu. Kryterium czasu nie jest wymagane u pacjentów &lt;18 r.ż.</p> <p>1.2.2. W przypadku ciężkiego stanu pacjenta diagnostyczne cewnikowanie prawego serca można odłożyć do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej wyłącznie pod warunkiem, że było ono wykonane wcześniej i potwierdziło rozpoznanie TNP.</p> <p>1.2.3. Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy:</p> <p>a) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości,</p> <p>b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii.</p>
---	--	---

<p>6) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku.</p> <p><b>c) treprostinil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych;</li> <li>2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;</li> <li>3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh;</li> <li>4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia;</li> <li>5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;</li> <li>6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej;</li> <li>7) zawał mięśnia sercowego przeżyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;</li> <li>8) nieleczona niewydolność serca;</li> <li>9) ciężkie zaburzenia rytmu serca;</li> <li>10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP.</li> </ol> <p><b>2. Epoprostenol</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej</li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia</li> </ol> <p>lub</p>	<p>6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii.</p> <p><b>7. Dawkowanie riociguatu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</li> <li>7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</li> </ol> <p><b>8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8.1. Dawka seleksypagu: zgodnie z ChPL (dawka dobrana indywidualnie dla każdego pacjenta; może wynosić od 200 µg podawanych dwa razy na dobę do 1600 µg podawanych dwa razy na dobę. Zalecana dawka początkowa seleksypagu wynosi 200 µg dwa razy na dobę podawana w odstępie 12 h; zwiększanie dawki seleksypagu następuje w przyrostach o 200 µg dwa razy na dobę w odstępach tygodniowych). Opakowanie zawierające 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap niareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta.</li> <li>8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL.</li> <li>8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL.</li> <li>8.4. Dawka macytentanu zgodnie z ChPL.</li> </ol>	<p>W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków).</p> <p>Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.</p> <p>Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p><b>2.1. Badania nieinwazyjne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena klasy czynnościowej;</li> <li>2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania);</li> <li>3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności);</li> <li>4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań</li> </ol>
--	---	---

<p>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym.</p> <p><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;</li> <li>2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek;</li> <li>3) laktacja;</li> <li>4) inne przeciwwskazania określone w ChPL.</li> </ol> <p><b>3. Riocyguat</b></p> <p><b>3.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) II lub III klasa czynnościowa;</li> <li>2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe.</li> </ol> <p><b>3.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;</li> <li>2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh);</li> <li>3) ciąża;</li> <li>4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);</li> <li>5) skurczowe ciśnienie krwi &lt;95 mm Hg na początku leczenia;</li> <li>6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem &lt;95 mm Hg.</li> </ol> <p><b>II.B. TERAPIA SKOJARZONA</b></p> <p><b>1. Macytentan z sildenafilem</b></p>	<p><b>9.</b> Substancje czynne stosowane w leczeniu początkowym (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p> <p><b>10.</b> Substancje czynne stosowane w leczeniu II rzutu (bosentan, macytentan z sildenafilem, iloprost, treprostinil, epoprostenol, riocyguat, riocyguat z bosentanem, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p> <p><b>B. Leczenie TNP u dzieci</b></p> <p><b>1. Leczenie bosentanem</b></p> <p>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę;</li> <li>2) masa ciała od 20 do 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 31,25 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 62,5 mg dwa razy na dobę;</li> <li>3) masa ciała większa niż 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 62,5 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 125 mg dwa razy na dobę.</li> </ol>	<p>podstawowych);</p> <p>– wykonuje się co 3 - 6 miesięcy lub w terminie wcześniejszym w zależności od wskazań klinicznych, w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. Do podjęcia decyzji terapeutycznych mogą być użyte również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub pogorszenia stanu pacjenta. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.2. Badania inwazyjne</b></p> <p>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przed włączeniem terapii II rzutu, z tym że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej;</li> <li>2) jeżeli:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami</li> </ol> </li> </ol> <p>lub</p>
--	--	---

<p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej;</li> <li>2) III klasa czynnościowa;</li> <li>3) brak przeciwwskazań wymienionych w ChPL.</li> </ol> <p>W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji sildenafilu, możliwa jest kontynuacja macytentanu w monoterapii.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>a) <b>sildenafil</b> – określono w punkcie A I.2.2,</p> <p>b) <b>macytentan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym;</li> <li>2) ciąża;</li> <li>3) karmienie piersią;</li> <li>4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby;</li> <li>5) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) &gt; 3 razy niż wartość górnej granicy normy.</li> </ol> <p><b>2. Riocyguat z bosentanem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) III klasa czynnościowa;</li> <li>2) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej.</li> </ol>	<p><b>2. Leczenie sildenafilem</b></p> <p>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie;</li> <li>2) masa ciała &gt; 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie.</li> </ol> <p><b>3. Leczenie iloprostem, epoprostenolem lub treprostynilem</b></p> <p>Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stanu pacjenta;</li> <li>2) odpowiedzi na leczenie;</li> <li>3) tolerancji leczenia.</li> </ol> <p>Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p><b>4. Leki stosowane w terapii początkowej (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</b></p> <p><b>5. Leki stosowane w terapii II rzutu (bosentan, iloprost, treprostynil, epoprostenol, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</b></p>	<p>b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne;</p> <p>3) co 12 - 36 miesięcy dla oceny dynamiki choroby.</p> <p>W każdym przypadku lekarz prowadzący może zdecydować o odłożeniu lub zrezygnowaniu z cewnikowania prawego serca, biorąc pod uwagę całokształt przebiegu choroby, realne możliwości modyfikacji leczenia w oparciu o wyniki cewnikowania, a także oceniane indywidualnie ryzyko powikłań z nim związanych.</p> <p>Wykonanie cewnikowania prawego serca nie jest wymagane u pacjentów w wieku poniżej 18 lat oraz u pacjentów z zespołem Eisenmengera ani w celu monitorowania ani w celu zmiany sposobu leczenia.</p> <p>Skuteczność terapii ocenia się na podstawie przebiegu choroby, indywidualnych cech pacjenta oraz kryteriów prognostycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami.</p> <p>Zmiana terapii w obrębie leczenia początkowego oraz zmiana terapii w ramach leczenia II rzutu nie wymaga cewnikowania prawego serca.</p> <p>W przypadku nietolerancji leczenia II rzutu możliwy jest powrót do terapii początkowej bez dodatkowej kwalifikacji pacjenta.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;</li> </ol>
---	---	--

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

<p>lub</p> <p>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia</p> <p>lub</p> <p>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy terapii skojarzonej z zastosowaniem epoprostenolu.</p> <p>Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.</p> <p>Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu.</p> <p>Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.</p> <p><b>3.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>a) <b>bosentan</b> – określono w punkcie A I 1.2,</p> <p>b) <b>sildenafil</b> – określono w punkcie A I 2.2,</p> <p>c) <b>iloprost</b> – określono w punkcie A II.A 1.2 b,</p> <p>d) <b>treprostinil</b> - określono w punkcie A II.A 1.2 c,</p> <p>e) <b>epoprostenol</b> - określono w punkcie A II.A 2.2.</p> <p><b>4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem</b></p> <p><b>4.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia;</p> <p>2) brak innych przeciwwskazań wymienionych w ChPL.</p>		
---	--	--



Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.

#### 4.2. Kryteria wyłączenia

- 1) **bosentan** - określono w punkcie A I 1.2,
- 2) **macytentan** - określono w punkcie II B 1.2.b,
- 3) **sildenafil** - określono w punkcie A. I.2.2,
- 4) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.

### 5. Seleksypag z sildenafilem i bosentanem (lub macytentanem)

#### 5.1. Kryteria włączenia

- 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii skojarzonej;
- 2) III klasa czynnościowa pomimo dotychczasowego leczenia.

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.

#### 5.2. Kryteria wyłączenia

- 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w charakterystyce produktu leczniczego;
- 2) ciężkie zaburzeniami czynności wątroby (grupa C w skali Child-Pugha);
- 3) Ciężka choroba wieńcowa lub niestabilna dławica piersiowa;
- 4) Zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
- 5) Niewyrównana niewydolność krążenia, jeśli pacjent nie jest pod ścisłą obserwacją lekarza;
- 6) Ciężkie arytmie;
- 7) Zdarzenia mózgowo-naczyniowe (np. przemijający napad niedokrwienny, udar) w ciągu ostatnich 3 miesięcy;

8) Wrodzone lub nabyte wady zastawkowe z klinicznie istotnymi zaburzeniami czynności serca nie związanymi z nadciśnieniem płucnym;

9) spełnione kryteria wyłączenia z terapii jednym z pozostałych dwóch stosowanych w terapii leków doustnych zgodnie z punktami A I 1.2 oraz A I 2.2 i II B 1.2.b.

W przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu wynikających z działań ubocznych związanych z jednym z trzech zastosowanych w programie leków, istnieje możliwość kontynuowania programu na podstawie decyzji lekarza przy użyciu dwóch pozostałych leków.

Selexipag powinien być dołączany do skojarzonej terapii sildenafilem i bosentanem. Możliwe jest dodanie seleksypagu do skojarzonej terapii sildenafilem i macytentanem jeśli macytentan włączono zamiast bosentanu z powodu wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) które ustąpiło po jego odstawieniu oraz w przypadku gdy leczenie w schemacie seleksypag + sildenafil + bosentan było nieskuteczne lub w przypadku gdy dołączenie macytentanu do sildenafilu do terapii II rzutu wiązało się z poprawą kliniczną pacjenta ale nadal nie zostały osiągnięte cele terapeutyczne.

## **B. Leczenie TNP u dzieci (<18 lat)**

### **I LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)**

#### **1. Bosentan**

##### **1.1. Kryteria włączenia**

1) III klasa czynnościowa.

##### **1.2. Kryteria wyłączenia**

1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);

2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby;

- 3) aktywność AspAT lub AlAT > 3 razy wartość górnej granicy normy (GGN) przed rozpoczęciem leczenia lub aktywność AspAT lub AlAT > 8 razy GGN w trakcie leczenia;
- 4) niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji – w przypadku miesiączkujących dziewcząt;
- 5) inne przeciwwskazania wymienione w ChPL.

## **2. Sildenafil**

### **2.1. Kryteria włączenia**

- 1) I-III klasa czynnościowa.

### **2.2. Kryteria wyłączenia**

- 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);
- 2) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (klasa C wg Child-Pugh);
- 3) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny;
- 4) retinitis pigmentosa lub utrata wzroku w wyniku nietętnicznej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION).

## **II. LECZENIE II RZUTU**

### **II.A. MONOTERAPIA**

#### **1. Monoterapia treprostinilem albo iloprostem albo epoprostenolem**

##### **1.1. Kryteria włączenia**

Określono w punkcie A.II z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje.

### **II.B. TERAPIA SKOJARZONA**

<p><b>1. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) bosentan,</li><li>b) sildenafil,</li><li>c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.</li></ul> <p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy epoprostenolu.</li></ul> <p>Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.</p> <p>Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>bosentan</b> – określono w punkcie B I 1.2;</li><li>b) <b>sildenafil</b> – określono w punkcie B I 2.2;</li><li>c) <b>iloprost</b> – określono w punkcie A II.A 1.2 b;</li><li>d) <b>treprostinil</b> - określono w punkcie A II.A 1.2 c;</li><li>e) <b>epoprostenol</b> - określono w punkcie A II.A 2.2.</li></ul>		
--	--	--

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

Załącznik B.32.

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

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

<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"><li>- przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,</li><li>- nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie,</li><li>- nie zachodzą okoliczności, o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia gdy kończy się udział pacjenta w programie;</li></ul> <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu, lub</li><li>- w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu, lub</li><li>- w okresie do minimum 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu, lub</li><li>- w okresie przez co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu.</li></ul> <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><b>2. Monitorowanie terapii infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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);</li><li>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).</li></ol> <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><b>2. Leczenie podtrzymujące</b></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 <math>\leq</math> 30 punktów.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></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><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	--



## 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><b>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.</b></p> <p>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 &gt; 10 punktów;</p> <p>2) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii infliksymabem lub adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie;</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 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
<b>REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW</b>		
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>adalimumabem</i>,</li> <li>2) <i>certolizumabem pegol</i>,</li> <li>3) <i>etanerceptem</i>,</li> <li>4) <i>golimumabem</i>,</li> <li>5) <i>infliksymabem</i>,</li> <li>6) <i>tocilizumabem</i>,</li> <li>7) <i>rytuksymabem</i>,</li> <li>8) <i>baricytynibem</i>,</li> <li>9) <i>tofacytynibem</i>,</li> <li>10) <i>upadacytynibem</i>,</li> <li>11) <i>filgotynibem</i>,</li> <li>12) <i>anakinrą</i>.</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib, filgotynib i anakinrę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</li> <li>2) Zmiana postaci dożylniej tocilizumabu na podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego.</li> <li>3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości;</li> <li>2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</li> <li>3) obecność antygenu HBs;</li> <li>4) przeciwciała anti-HBc</li> <li>5) przeciwciała anti-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową;</li> <li>6) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</li> <li>7) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</li> <li>8) EKG z opisem;</li> <li>9) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz</li> </ol>

<p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS oraz do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z rozpoznaniem choroby Stilla u dorosłych (AOSD), u których nastąpiło niepowodzenie terapii co najmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi, takimi jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz leki antymalaryczne, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej) lub po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej, która była zastosowana przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów z występowaniem czynników złej prognozy zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami EULAR oraz u pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) także po niepowodzeniu terapii glikokortykosteroidami (GKS):</p> <p>a) z dużą aktywnością choroby, udokumentowaną w trakcie dwóch badań lekarskich w odstępie 1-3 miesięcy. Dużą aktywność choroby stwierdza się, gdy jest spełnione jedno z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wartość DAS 28 – większa niż 5,1</li> <li>albo</li> <li>– wartość DAS – większa niż 3,7</li> <li>albo</li> <li>– wartość SDAI – większa niż 26</li> </ul> <p>lub</p> <p>b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD)</li> <li>lub</li> <li>– z RZS z wtórną amyloidozą</li> </ul>	<p>skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.</p> <p>W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, tocilizumab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib filgotynib i anakinra mogą być stosowane w monoterapii zgodnie z ChPL z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;</p> <p>10) oznaczenie płytek krwi (PLT);</p> <p>11) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p> <p>12) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>14) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>15) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>16) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>17) oznaczenie stężenia immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;</p> <p>18) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów – u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą – po 3 miesiącach</b></p>
---	--	--

<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD).</li></ul> <p>2) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytinbem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</li></ul> <p>Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i wyłącznie w przypadku, kiedy przyczyną odstawienia pierwszego i/lub drugiego leku z tej grupy u danego pacjenta były objawy nietolerancji i/lub działania niepożądane, których w opinii lekarza prowadzącego na podstawie dostępnej wiedzy medycznej można uniknąć stosując inny lek z grupy inhibitorów TNF alfa.</p> <p>b) rytuksymabem, u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p>		<p>(±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów</li><li>2) oznaczenie płytek krwi (PLT);</li><li>3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</li><li>4) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</li><li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li><li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li><li>8) oznaczenie stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem</li></ol> <p>oraz</p> <p>obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii z uwzględnieniem objawów układowych u pacjentów z AOSD.</p>
---	--	---

<p>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</p> <p>Kwalifikacja do terapii inhibitorem TNF alfa po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.</p> <p>3) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:</p> <p>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</p> <p>lub</p> <p>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS);</p> <p>b) rytuksymabem, u których:</p> <p>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</p>		<p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p><b>2.2. Monitorowanie terapii rytuksymabem</b> – po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologię krwi;</li><li>2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</li><li>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</li><li>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li><li>7) oznaczenie stężenie immunoglobulin G i M w surowicy;</li></ol> <p>oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia.</p> <p>Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od każdego ponownego podania leku.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych</p>
--	--	--

<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</li></ul> <p>Kwalifikacja do terapii tocilizumabem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.</p> <p>4) Do terapii rytuksymabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</li></ul>		<p>podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków w osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania</p>
--	--	---



<p>5) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</li></ul> <p>Kwalifikacja do terapii tofacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.</p> <p>6) Do terapii baricytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p>		<p>leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

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

lub

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

Kwalifikacja do terapii baricytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

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

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

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

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

lub

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

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

<p>podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.</p> <p>8) Do terapii filgotynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</li></ul> <p>Kwalifikacja do terapii filgotynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.</p> <p>9) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej:</p> <p>a) dwoma inhibitorami TNF alfa oraz rytuksymabem oraz tofacytynibem oraz baricytynibem oraz upadacytynibem oraz filgotynibem zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul>		
--	--	--

<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane.</li></ul> <p>10) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu, filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.</p> <p>11) W ramach programu lekowego u pacjentów z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD) nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu leków, w tym siedmiu leków biologicznych, baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu i filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.</p> <p>12) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.</p> <p>13) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.</p> <p>14) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego albo tofacytynibem albo baricytynibem albo</p>		
--	--	--

<p>upadacytynibem albo filgotynibem w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.</p> <p>15) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym.</p> <p>16) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.</p> <p>17) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).</p> <p>18) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.</p> <p>19) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Czas leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p>		
---	--	--

<ol style="list-style-type: none"><li>1) Nie stwierdzenie po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem <math>DAS\ 28 \leq 5,1</math> albo <math>DAS \leq 3,7</math>, albo <math>SDAI \leq 26</math> lub nie stwierdzenie po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry znacznego zmniejszenia objawów układowych.</li><li>2) Nie stwierdzenie po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe. Miernikiem niskiej aktywności choroby jest <math>DAS\ 28 \leq 3,2</math> albo <math>DAS \leq 2,4</math>, albo <math>SDAI \leq 11</math>. Miernikiem remisji jest wartość <math>DAS\ 28 \leq 2,6</math> albo <math>DAS \leq 1,6</math>, albo <math>SDAI \leq 3,3</math> lub nie stwierdzenie po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry ustąpienia objawów układowych.</li><li>3) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrezenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe.</li><li>4) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.</li><li>5) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą.</li><li>6) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL.</li><li>7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza.</li></ol>		
---	--	--

- 8) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.
- 9) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii nie jest możliwe.

#### **4. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji lub niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu, nastąpił wzrost wartości:
- a) DAS 28 powyżej 3,2
  - albo
  - b) DAS powyżej 2,4
  - albo
  - c) SDAI powyżej 11.

<p>3) Pacjent z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD) włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.</p> <p>4) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby lub ustąpienie objawów układowych.</p> <p>5) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.</p>		
<b>MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW</b>		
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>adalimumabem</i>,</li> <li>2) <i>etanerceptem</i>,</li> <li>3) <i>sekukinumabem</i>,</li> <li>4) <i>tocilizumabem w postaci dożyłnej</i>,</li> <li>5) <i>anakinrą</i>.</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożyłnej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania:</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Adalimumab, etanercept, sekukinumab, tocilizumab w postaci dożyłnej i anakinrę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</li> <li>2) Powyższe leki (z wyjątkiem sekukinumabu, który może być podawany z lub bez metotreksatu) należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</li> <li>2) obecność antygeny HBs;</li> <li>3) przeciwciała anty-HBc;</li> <li>4) przeciwciała anty-HCV;</li> <li>5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</li> <li>6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</li> <li>7) EKG z opisem.</li> <li>8) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożyłnej lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem</li> </ol>



<p>a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB, lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym</p> <p>albo</p> <p>b) nielicznostawowej postaci MIZS, rozszerzającej się i przetrwałej ponad 6 miesięcy, przy występujących czynnikach złej prognozy (wg ACR) i z obecnością co najmniej 2 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i bolesnością i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 5 w 10-punktowej skali z towarzyszącym bólem, tkliwością lub obiema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym</p> <p>albo</p> <p>c) MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka niepoddającym się leczeniu dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym, niezależnie od ilości zajętych stawów.</p> <p>2) Do terapii sekukinumabem kwalifikuje się pacjentów od 6 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania:</p> <p>a) młodzieńczego łuszczycowego zapalenia stawów zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgnistych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek</p>	<p>metotreksatu.</p> <p>W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu, tocilizumabu w postaci dożyłnej i anakinry z innym, wymienionym w programie lekiem modyfikującym przebieg choroby / immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;</p> <p>9) oznaczenie płytek krwi (PLT);</p> <p>10) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p> <p>11) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>12) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>13) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>14) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>16) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożyłnej.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1.</b> W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące (<math>\pm 1</math> miesiąc):</p> <p>1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożyłnej lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;</p> <p>2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p>
---	--	--

<p>przeciwwskazany stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadawalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania</p> <p>albo</p> <p>b) zapalenia stawów z zapaleniem przyczepów ścięgniętych zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgniętych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadawalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek przeciwwskazany stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadawalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania.</p> <p>3) Ponadto do programu kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia (do terapii tocilizumabem w postaci dożyłnej) lub pacjenci od 8 miesiąca życia z masą ciała co najmniej 10 kg (do terapii anakinrą), z rozpoznaniem:</p> <p>a) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z dominującymi objawami układowymi, u których mimo stosowania przez co najmniej 2 tygodnie pełnych dawek glikokortykosteroidów (GKS) (doustnie 1-2 mg/kg m.c./dobę, maksymalnie 60 mg/dobę lub metyloprednizolonu 10-30 mg/kg m.c./wlew przez 3 dni i ewentualnie powtarzane przez kolejne tygodnie) utrzymuje się lub wystąpiła ponownie gorączka i utrzymują się układowe</p>		<p>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożyłnej</p> <p>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ACR i stosowanych rutynowo w MIZS.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii.</p>
---	--	---

<p>objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza</p> <p>albo</p> <p>b) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z zajęciem co najmniej 5 stawów lub z zajęciem co najmniej 2 stawów i towarzyszącą gorączką powyżej 38oC, u których aktywna choroba utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące i niewystarczająco odpowiada na leczenie GKS w dawce nie niższej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę oraz metotreksatem w obowiązującej dawce (ewentualnie w postaci podskórnej), podawanym przez co najmniej 3 miesiące albo, w przypadku nietolerancji metotreksatu, innym lekiem modyfikującym przebieg choroby/lekiem immunosupresyjnym, podawanym w obowiązującej dawce przez co najmniej 3 miesiące.</p> <p>4) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa, sekukinumabem albo tocilizumabem w postaci dożylniej w ramach programu lekowego, u których:</p> <p>a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku</p> <p>lub</p> <p>b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego).</p> <p>5) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani leczeniu co najmniej:</p> <p>– dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem</p> <p>lub</p>	<p>W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p>
--	---

<p>- tocilizumabem, u których zastosowanie pozostałych leków w programie jest przeciwwskazane, ponieważ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>i. wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub</li><li>ii. wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub</li><li>iii. stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego).</li></ol> <p>6) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni sekukinumabem, tocilizumabem w postaci dożyłnej albo anakinrą w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie – po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych.</p> <p>7) Pacjent z rozpoznaniem MIZS, który ukończył 18 rok życia może być leczony, w zależności od obrazu klinicznego choroby, na zasadach określonych w programach lekowych dotyczących terapii RZS albo ŁZS, albo ZZSK. Jeśli obraz choroby nie odpowiada jednej z tych postaci, leczenie prowadzone jest w programie dotyczącym MIZS.</p> <p>8) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.</p> <p>9) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.</p> <p>10) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m<sup>2</sup>/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę,</p>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

cyklosporyny A – 3-5 mg/kg m.c./dobę, chlorochiny (ewentualnie hydroksychlorochiny) – 4-6 mg/kg m.c./dobę, azatiopryny – 1,0-2,5 mg/kg m.c./dobę, jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane.

- 11) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.
- 12) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie.
- 13) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.
- 14) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).
- 15) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.
- 16) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR.

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

## 2. Czas leczenia w programie

- 1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia, może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy dotyczący leczenia MIZS do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii daną substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako:
  - a) poprawę o co najmniej 30% od wartości wyjściowych po 3 pierwszych miesiącach terapii według oceny Gianniniego – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami ze strony stawów,
  - b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi.
- 2) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).
- 3) Niespełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 po pierwszych 12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) leczenia, a więc nieuzyskanie przynajmniej 50-procentowej poprawy w 3 z 6 następujących parametrów, przy jednoczesnym braku pogorszenia o 50% w więcej niż jednym z poniższych parametrów:
  - a) liczba stawów z czynnym zapaleniem;
  - b) liczba stawów z ograniczeniem ruchomości;
  - c) ocena aktywności choroby dokonana przez lekarza na 10-centymetrowej skali VAS;

<p>d) ocena ogólnego samopoczucia dokonana przez rodzica lub chore dziecko na 10-centymetrowej skali VAS;</p> <p>e) wskaźnik stanu funkcjonalnego dziecka (np. CHAQ);</p> <p>f) laboratoryjny wskaźnik ostrej fazy (OB. lub CRP).</p> <p>4) Utrata kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub nawrót czynnych objawów układowych, w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących po każdych kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p>5) U pacjentów zakwalifikowanych do leczenia na podstawie pkt 1 ppkt 1c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 1a) i 1b) oraz 3a) i 3b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p>6) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.</p> <p>7) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą.</p> <p>8) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>9) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza.</p> <p>10) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> <p>11) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku niespełnienia przez chorego kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 zgodnie z pkt 3. ppkt 3), szczególnie u pacjentów z</p>		
--	--	--

wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii nie jest możliwe.

#### **4. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 3. ppkt 5), podawania substancji czynnej leku zastosowanej zgodnie z zapisami programu i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, definiowanej jako brak utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Pacjent z MIZS o początku uogólnionym włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.
- 3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub ustąpienie objawów układowych.
- 4) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.



Załącznik B.35.

**LECZENIE CHORYCH Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.1, M07.2, M07.3)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej;</p> <p>2) do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:</p> <p>a) z ustalonym rozpoznaniem ŁZS postawionym na podstawie kryteriów CASPAR,</p> <p>b) z aktywną postacią choroby,</p> <p>c) z niezadowalającą odpowiedzią na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS;</p> <p>3) kryteria klasyfikacyjne CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej:</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, tofacytynib, upadacytyni b, ryzankizumab, guselkumab</b> należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA / ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywaniu się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego);</p> <p>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia 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 antygenu HBs;</p> <p>12) przeciwciała anti-HBc;</p> <p>13) przeciwciała anti-HCV;</p> <p>14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p>

<p>a) łuszczyca obecnie – 2 pkt albo dodatni wywiad w kierunku łuszczycy potwierdzony przez lekarza specjalistę – 1 pkt, albo udokumentowany dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy u krewnego pierwszego lub drugiego stopnia – 1 pkt,</p> <p>b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt,</p> <p>c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt,</p> <p>d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt,</p> <p>e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt;</p> <p>4) aktywna postać choroby:</p> <p>a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgniastych) – aktywna postać choroby musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać obwodową choroby definiuje się jako spełnienie jednego z poniższych alternatywnych kryteriów:</p> <p>i. wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni</li> </ul> <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni</li> </ul> <p>oraz</p>	<p>wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>15) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem;</p> <p>16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>17) EKG z opisem;</p> <p>18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis - u pacjentów z postacią osiową.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie terapii</b> – po 3 miesiącach (<math>\pm</math> 1 miesiąc) i 6 miesiącach (<math>\pm</math> 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</li> <li>2) odczyn Biernackiego (OB);</li> <li>3) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>4) stężenie kreatyniny w surowicy;</li> <li>5) AspAT i AlAT;</li> <li>6) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem</li> </ol>
---	---	--

<p>– ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta</p> <p>oraz</p> <p>– ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta</p> <p>oraz</p> <p>– ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm</p> <p>albo</p> <p>ii. wg DAS 28:</p> <p>– wartość DAS 28 – większa niż 3,2</p> <p>albo</p> <p>iii. wg DAS:</p> <p>– wartość DAS – większa niż 2,4.</p> <p>U pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:</p> <p>– PASI większe niż 10</p> <p>oraz</p> <p>– DLQI większe niż 10</p> <p>oraz</p> <p>– BSA większe niż 10;</p> <p>program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajęcią mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgniastych niż określono w pkt1 ppkt 4;</p> <p>b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych</p>		<p>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm</math> 1 miesiąc).</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo</p>
--	--	--

stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:

- wartość BASDAI  $\geq 4$  lub wartość ASDAS  $\geq 2,1$  – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,
- ból kręgosłupa  $\geq 4$  na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,
- ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm;

5) niezadowolająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki definiowana jest jako nieskuteczność leczenia:

- a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych, takich jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz cyklosporyna, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR/GRAPPA/ASAS, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łącznej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej).

U pacjentów z zapaleniem przyczepów 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;

pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

### 3. Monitorowanie programu

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

<p>b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków w przeciwwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii;</p> <p>6) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną;</p> <p>7) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>8) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</p> <p>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>11) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>		
--	--	--

**2. Adekwatna odpowiedź na leczenie**

1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS:

a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:

- po 3 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,
- po 6 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,

b) wg DAS 28 lub DAS:

- po 3 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika  $DAS\ 28 \leq 5,1$  albo  $DAS \leq 3,7$ ,
- po 6 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika  $DAS\ 28 \leq 3,2$  albo  $DAS \leq 2,4$ ;

2) w przypadku postaci osiowej ŁZS:

- a) po 3 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI  $\geq 50\%$  lub  $\geq 2$  jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub  $\geq 1,1$  jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,
- b) po 6 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI  $< 3$  albo ASDAS  $< 1,3$ .

**3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną**

1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:

<p>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą</p> <p>lub</p> <p>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;</p> <p>2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym siedmiu leków biologicznych, tofacytynibu i upadacytynibu w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane;</p> <p>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;</p> <p>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.</p> <p><b>4. Czas leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2 ppkt 1 dla postaci obwodowej oraz pkt 2 ppkt 2 dla</p>		
---	--	--

postaci osiowej po 6 miesiącach terapii, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Dalsze leczenie w programie nie jest możliwe bez uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii w ramach programu.

#### **5. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2;
- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

#### **6. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego, tofacytynibu lub upadacytynibu, zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami włączenia do programu, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;
- 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;



<p>3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.</p>		
---	--	--

Załącznik B.36.

## LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ ZESZTYWIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10: M45)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>adalimumabem</i>,</li> <li>2) <i>certolizumabem pegol</i>,</li> <li>3) <i>etanerceptem</i>,</li> <li>4) <i>golimumabem</i>,</li> <li>5) <i>infliksymabem</i>,</li> <li>6) <i>sekukinumabem</i>,</li> <li>7) <i>iksekizumabem</i>,</li> <li>8) <i>upadacytynibem</i>,</li> <li>9) <i>tofacytynibem</i>.</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab, upadacytynib i tofacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;</li> <li>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</li> <li>3) oznaczenie płytek krwi (PLT);</li> <li>4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</li> <li>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</li> <li>11) obecność antygenu HBs;</li> <li>12) przeciwciała anty-HBc;</li> <li>13) przeciwciała anty-HCV;</li> </ol>

<p>1) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroiliitis w badaniu RTG;</p> <p>2) z aktywną postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie;</p> <p>3) z niezadowolającą odpowiedzią na co najmniej dwa niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii. Niezadowolająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia;</p> <p>4) aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów:</p> <p>a) wartość BASDAI <math>\geq 4</math> lub wartość ASDAS <math>\geq 2,1</math>, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>b) ból kręgosłupa <math>\geq 4</math> na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm;</p> <p>5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu</p>	<p>potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>14) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem;</p> <p>16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>17) EKG z opisem;</p> <p>18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) i 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <p>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</p> <p>2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p> <p>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p>
--	---	---

<p>Koordinacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną;</p> <p>6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</p> <p>9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod</p>		<p>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem</p> <p>oraz</p> <p>dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p>Zespół Koordinacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy</p>
--	--	--

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

## 2. Adekwatna odpowiedź na leczenie

- 1) 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;
- 2) po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonych wartością BASDAI  $< 3$  albo ASDAS  $< 1,3$ .

## 3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną

- 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:
  - a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocnicząlub
  - b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPLlub
  - c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż siedmiu

w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

## 3. Monitorowanie programu

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

<p>leków, w tym pięciu leków biologicznych, upadacytynibu i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane;</p> <p>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;</p> <p>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.</p> <p><b>4. Czas leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2 ppkt 2), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej</p>		
---	--	--

<p>aktywności choroby po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) terapii nie jest możliwe;</p> <p>3) pacjenci z sacroiliitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane.</p> <p><b>5. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2;</p> <p>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i</p>		
---	--	--

bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

#### **6. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego i upadacytynibu lub tofacytynibu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;
- 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;
- 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.



Załącznik B.37.

**LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI U CHORYCH Z PRZEWLEKłą NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (ICD-10: N18)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego chorym na niedokrwistość w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek udostępnia się leczenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>darbepoetyną alfa</i>;</li> <li>2) <i>epoetyną alfa</i>;</li> <li>3) <i>roksadustatem</i>;</li> </ol> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl, pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn niż niewydolność nerek;</li> <li>2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poniżej 45 ml/min. - u pacjentów chorujących na cukrzycę;</li> <li>b) poniżej 30 ml/min. - u pozostałych pacjentów.</li> </ol> </li> <li>3) wiek: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) powyżej 1 roku życia – dla terapii <i>darbepoetyną alfa</i> i <i>epoetyną alfa</i>;</li> <li>b) powyżej 18 roku życia – dla terapii <i>roksadustatem</i>.</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lecniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>1.1. Dawkowanie darbepoetyny alfa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) okres uzyskania poprawy: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 0,45 µg/kg mc., raz w tygodniu, dożylnie lub podskórnie lub</li> <li>b) 0,75 µg/ kg mc., raz na 2 tygodnie, podskórnie lub</li> <li>c) 1,5 µg/kg mc., raz w miesiącu, podskórnie – tylko dla dorosłych.</li> </ol> </li> <li>2) leczenie podtrzymujące: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pojedyncze wstrzyknięcie raz na tydzień lub raz na 2 tygodnie lub raz w miesiącu (tylko u pacjentów dorosłych).</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>2) badanie poziomu hematokrytu;</li> <li>3) badanie wysycenia transferyny żelazem we krwi (TSAT);</li> <li>4) oznaczenie wskaźnika filtracji kłębuszkowej (GFR);</li> <li>5) badanie stężenia białka C-reaktywnego we krwi (CRP) – nie dotyczy terapii roksadustatem.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>2) badanie poziomu hematokrytu.</li> </ol> <p>Badania wykonuje się co 2 tygodnie po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki.</p> <p>Po osiągnięciu stabilnego, docelowego stężenia hemoglobiny powyższe badania wykonuje się raz w miesiącu.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i</li> </ol>

<p>4) wykluczenie dializoterapii;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną;</p> <p>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, z wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>W przypadku braku uzyskania klinicznie istotnego wzrostu stężenia hemoglobiny, nie należy kontynuować leczenia roksadustatem dłużej niż 24 tygodnie od rozpoczęcia terapii.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) konieczność dializoterapii świadczeniobiorcy;</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p>	<p>U pacjentów otrzymujących darbepoetynę raz na 2 tygodnie, po uzyskaniu docelowego stężenia hemoglobiny, lek może być podawany podskórnym raz w miesiącu stosując dawkę początkową równą podwójnej dawce podawanej raz na 2 tygodnie.</p> <p><b>1.2. Dawkowanie epoetyny alfa</b></p> <p>1) faza wyrównania:</p> <p>a) dawka początkowa 50 j.m./kg, 3 razy w tygodniu;</p> <p>2) faza podtrzymująca:</p> <p>a) podanie dożylnie – 3 razy w tygodniu,</p> <p>b) podanie podskórne – raz w tygodniu lub raz na 2 tygodnie.</p> <p>Dawka ustalana indywidualnie w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.</p> <p>Maksymalnie:</p> <p>a) 150 j.m./kg, 3 razy w tygodniu,</p> <p>b) 240 j.m./kg (do maks. 20 000 j.m.) raz w tygodniu,</p> <p>c) 480 j.m./kg (do maks. 40 000 j.m.) raz na 2 tygodnie.</p> <p><b>1.3. Dawkowanie roksadustatu</b></p> <p>1) dawka początkowa:</p> <p>a) 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni:</p> <p>– masa ciała do 100 kg: 70 mg,</p> <p>– masa ciała powyżej 100 kg: 100 mg;</p> <p>2) dawka podtrzymująca:</p>	<p>każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
---	--	---

<p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego;</p> <p>7) schyłkowa niewydolność nerek;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>	<p>a) od 20 mg do 100 mg, 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni, w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.</p>	
--	--	--

Załącznik B.38.

**LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z PRZEWLEKłą NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (PNN) (ICD-10 N 18)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m<sup>2</sup>/min.;</li> <li>2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0;</li> <li>3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulich'a i Pyle;</li> <li>4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości;</li> <li>2) zaburzenia przemian węglowodanowych;</li> <li>3) choroba nowotworowa,</li> <li>4) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 mg-0,37 mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydzień.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) badania densytometryczne;</li> <li>3) RTG stawów biodrowych.</li> </ol> <p>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Co 30 dni</b> w 3 - 4 stadium choroby:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie parathormonu (intact PTH);</li> <li>2) fosfataza alkaliczna;</li> <li>3) proteinogram;</li> <li>4) stężenie glukozy we krwi;</li> <li>5) stężenie kreatyniny;</li> <li>6) stężenie mocznika;</li> <li>7) jonogram w surowicy krwi (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, Ca zjonizowany<sup>+</sup>, P<sup>-</sup>);</li> <li>8) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>9) gazometria.</li> </ol> <p><b>2.2 Co 90 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) konsultacja urologiczna,</li> <li>b) USG jamy brzusznej,</li> </ol> </li> <li>2) konsultacja dietetyka;</li> <li>3) w 2 stadium choroby:</li> </ol>

<p>lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat);</p> <p>5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca.</p>		<ul style="list-style-type: none"><li>a) stężenie parathormonu (intact PTH),</li><li>b) fosfataza alkaliczna,</li><li>c) proteinogram,</li><li>d) stężenie glukozy we krwi,</li><li>e) stężenie kreatyniny,</li><li>f) stężenie mocznika,</li><li>g) jonogram w surowicy krwi (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, Ca zjonizowany<sup>+</sup>, P<sup>-</sup>),</li><li>h) morfologia krwi z rozmazem,</li><li>i) gazometria.</li></ul> <p><b>2.3 Po 90 dniach</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) stężenie IGF-1.</li></ul> <p><b>2.9 Co 365 dni</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) stężenie triglicerydów;</li><li>2) stężenie całkowitego cholesterolu;</li><li>3) stężenie IGF-1;</li><li>4) RTG śródřęcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li><li>5) w uzasadnionych przypadkach:<ul style="list-style-type: none"><li>a) badania densytometryczne,</li><li>b) RTG stawów biodrowych,</li><li>c) konsultacja okulistyczna,</li><li>d) konsultacja ortopedyczna,</li><li>e) cystouretografia,</li></ul></li><li>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb:<ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja ortopedyczna,</li><li>b) RTG/USG stawów biodrowych,</li><li>c) TK z kontrastem stawów biodrowych,</li></ul></li><li>7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<ul style="list-style-type: none"><li>a) badanie ogólne moczu,</li><li>b) posiew moczu.</li></ul></li></ul>
---	--	---

		<p>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.39.

## LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO DIALIZAMI (ICD-10: N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wtórna nadczynność przytarczyc;</li> <li>2) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii) lub brak zgody pacjenta na leczenie zabiegowe (w tym m.in. farmakologiczną i laserową paratyreidektolizę) lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii);</li> <li>3) stężenie iPTH &gt; 500pg/ml;</li> <li>4) długotrwałe leczenie dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek;</li> <li>5) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii parykalcytolem.</li> </ol> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p><b>1. Dawkowanie cynakalcetu lub parykalcytolu</b></p> <p>Dawkowanie leków w programie lekowym odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w odpowiednich Charakterystykach Produktów Leczniczych obowiązujących na dzień wydania decyzji.</p> <p>U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżyć wydzielanie PTH (i ewentualnie powodować następczą hipokalcemię), dlatego może zachodzić konieczność ograniczenia dawki leku do podawania rzadszego (tzn. nie każdego dnia, lecz np. co 2-gi dzień). Ostateczna dawka musi uwzględniać wpływ leku na stężenie PTH u indywidualnego pacjenta.</p>	<p><b>1. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie iPTH – przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące;</li> <li>2) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>3) stężenie fosforu w surowicy;</li> <li>4) iloczyn Ca x P w surowicy.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</li> </ol>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);</li><li>2) przeszczepienie nerki;</li><li>3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;</li><li>4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.</li></ol>		
--	--	--



Załącznik B.40.

**PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10: P07.2, P07.3, P27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii lub kardiologii dziecięcej w porozumieniu z odpowiednim konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka.</p> <p>Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 września do 30 kwietnia.</p> <p>Immunizację paliwizumabem przeprowadza się maksymalnie w dwóch następujących po sobie sezonach immunizacji zgodnie z kryteriami poniżej.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia paliwizumabem</b></p> <p>1) do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy, którzy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli pierwszego roku życia i urodzili się w wieku ciążowym <math>\leq 28</math> tygodni,</li> <li>b) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli drugiego roku życia – pacjenci z dysplazją oskrzelowo-płucną,</li> <li>c) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli drugiego roku życia – pacjenci z hemodynamicznie istotną wadą serca z: <ul style="list-style-type: none"> <li>– jawną niewydolnością serca, utrzymującą się pomimo leczenia farmakologicznego</li> </ul> </li> </ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– umiarkowanym lub ciężkim wtórnym nadciśnieniem płucnym</li> </ul>	<p><b>1. Dawkowanie paliwizumabu</b></p> <p>Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dysplazja oskrzelowo-płucna: kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej;</li> <li>2) hemodynamicznie istotna wada serca: kliniczne potwierdzenie hemodynamicznie istotnej wady serca.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Dzieci zakwalifikowane do leczenia paliwizumabem wymagają comiesięcznych wizyt w ośrodku realizującym program do końca sezonu zakażeń RSV celem oceny stanu ogólnego pacjenta (wywiad i badanie fizykalne) przed otrzymaniem kolejnej dawki leku.</p> <p>Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii oraz kardiologii dziecięcej nadzorują program korzystając z elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych (SMPT).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p>

<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– sinicznymi wadami serca, z przeskórnym utlenowaniem krwi tętniczej utrzymującej się &lt;90%,</li></ul> <p>d) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli szóstego miesiąca życia i spełniają kryterium:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wiek ciążowy 29 - 32 tygodni</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wiek ciążowy <math>\leq 35</math> tygodni oraz mała masa urodzeniowa równa lub poniżej 1500 g.</li></ul> <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>3) do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którym podano lek zawierający substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji immunizacji, o ile na dzień podania pierwszej dawki spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie mają przeciwwskazań do immunizacji oraz nie spełniają kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 września do 30 kwietnia) co miesiąc – 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakiegokolwiek ze składników występujących w preparacie;</li><li>2) przebyte reakcje nadwrażliwości na podaż innych przeciwciał;</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	---

3) brak zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta.		
--	--	--

Załącznik B.41.

**LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym;</li> <li>2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia;</li> <li>3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców;</li> <li>4) stan odżywienia, mierzony wielkością wskaźnika BMI, poniżej 97 centyla dla płci i wieku (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu);</li> <li>5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;</li> <li>6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów;</li> <li>7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu);</li> <li>8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1.</li> </ol> <p>Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Po 30 dniach</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konsultacja laryngologiczna.</li> </ol> <p><b>2.2 Po 90 dniach</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) konsultacja laryngologiczna, następane w zależności od potrzeb.</li> </ol> <p><b>2.3 Co 90 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konsultacja dietetyka;</li> <li>2) konsultacja rehabilitanta.</li> </ol> <p><b>2.4 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;</li> <li>2) pomiar stężenia TSH;</li> <li>3) pomiar stężenia fT4.</li> <li>4) jonogram w surowicy krwi.</li> </ol> <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi.</p> <p><b>2.5 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u</li> </ol>

<p>9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregośkolwiek z kryteriów wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą;</li><li>2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii;</li><li>3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego;</li><li>4) narastanie otyłości, pomimo stosowania kompleksowego leczenia hormonem wzrostu, leczenia dietetycznego i rehabilitacji (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych przyjętych dla wieku i płci o 2 odchylenia standardowe lub więcej);</li><li>5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów;</li><li>6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu.</li></ol>		<p>dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego:<ol style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja kardiologiczna,</li><li>b) USG serca,</li></ol></li><li>3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;</li><li>4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego;</li><li>5) pomiar stężeń triglicerydów;</li><li>6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;</li><li>7) pomiar frakcji HDL cholesterolu;</li><li>8) pomiar frakcji LDL cholesterolu;</li><li>9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA<sub>1c</sub>);</li><li>10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;</li><li>11) pomiar stężenia IGF-1;</li><li>12) konsultacja laryngologiczna;</li><li>13) konsultacja ortopedyczna;</li><li>14) RTG śródreczę z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li><li>15) u świadczeniobiorców z zaburzeniami pokwitania test stymulacji wydzielania gonadotropin, z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin (4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów);</li><li>16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu:<ol style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja nefrologiczna,</li><li>b) konsultacja urologiczna,</li><li>c) USG jamy brzusznej,</li></ol></li></ol>
--	--	---

		<p>d) badanie ogólne i posiew moczu;</p> <p>17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja ortopedyczna,</li><li>b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;</li></ul> <p>18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja okulistyczna;</li><li>b) konsultacja neurologiczna;</li><li>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).</li></ul> <p>Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ul>
--	--	--

Załącznik B.42.

**LECZENIE NISKOROSŁYCHDZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA(ZT) (ICD-10 Q96)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNIE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stygmaty Zespołu Turnera;</li> <li>2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich;</li> <li>3) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dziewcząt polskich (wymagany co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego metodą Baley- Pineau;</li> <li>4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;</li> <li>5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.);</li> <li>6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego;</li> <li>7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b> Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b> Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Po 90 dniach</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1.</li> </ol> <p><b>2.2 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA<sub>1C</sub> lub co 365 dni:</li> <li>2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii.</li> </ol> <p><b>2.3 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;</li> <li>2) pomiar stężenia TSH;</li> <li>3) pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li> <li>4) jonogram w surowicy krwi.</li> </ol> <p><b>2.4 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia);</li> <li>2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego);</li> </ol>

<p>Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej;</li><li>2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri;</li><li>3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy;</li><li>4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;</li><li>5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm;</li><li>6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych);</li><li>7) niezadawalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok;</li><li>8) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) konsultacja nefrologiczna; konsultacja urologiczna; USG jamy brzusznej; badanie ogólne i posiew moczu (dzieci z wadami układu moczowo-płciowego);</li><li>4) pomiar stężenia IGF-1;</li><li>5) RTG śródreczęca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li><li>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:<ol style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja ortopedyczna;</li><li>b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;</li></ol></li><li>7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:<ol style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja okulistyczna;</li><li>b) konsultacja neurologiczna;</li><li>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).</li></ol></li></ol> <p>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami</li></ol>
--	--	--



---

		opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

Załącznik B.44.

**LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ASTMY (ICD-10: J45, J82)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Do leczenia biologicznego w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy z rozpoznaną astmą ciężką. Wybór leku zależy od fenotypu i endotypu choroby i powinien być poprzedzony pogłębioną diagnostyką różnicową. W ocenie ciężkości astmy i fenotypu choroby należy posługiwać się aktualnymi wytycznymi GINA.</p> <p><b>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <p><b>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</b></p> <p>1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (&gt;1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, u dzieci w wieku 6–11 lat &gt;400mcg lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora <math>\beta</math>-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</p> <p>2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekle; u dzieci w wieku</p>	<p><b>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</b></p> <p>Omalizumab podawany jest w dawce od 75 do 600 mg w 1 do 4 wstrzyknięć. Maksymalna zalecana dawka wynosi 600 mg omalizumabu przy schemacie dawkowania co 2 tygodnie.</p> <p>Szczegółowy schemat dawkowania określony na podstawie wyjściowego stężenia IgE (j.m/ml), 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><b>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</b></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> <p>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ &gt;1.5 pkt),</p> <p>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,</p> <p>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,</p> <p>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 &lt;80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF&gt;30%),</p> <p>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ&lt;5.0 punktów u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej lub PAQLQ &lt;5,0 punktów u dzieci w wieku 6-11 lat;</p> <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><b>1.2. Przeciwwskazania</b></p> <p>1) nadwrażliwość na omalizumab lub substancje pomocnicze;</p> <p>2) występowanie chorób współistniejących powodujących ciężki przebieg astmy;</p> <p>3) ciąża;</p> <p>4) karmienie piersią;</p>	<p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p> <p><b>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej</b></p> <p><b>1) mepolizumabem</b></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>	<p>a) stężenie kreatyniny,</p> <p>b) stężenie mocznika,</p> <p>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</p> <p>d) stężenie AIAT,</p> <p>e) stężenie AspAT;</p> <p>9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <p>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</p> <p>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</p> <p><b>1.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:</b></p> <p>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</p> <p>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;</p> <p>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;</p> <p>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.</p>
--	--	---

<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><b>1.3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;</p> <p>2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia:</p> <p>a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);</p> <p>b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– poprawa kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ <math>o \geq 0,5</math> punktu (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem),</li> <li>– poprawa jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ <math>o \geq 0,5</math> 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),</li> <li>– zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu <math>o \geq 5</math> mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);</li> </ul> <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><b>2) benralizumabem</b></p> <p>Zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego).</p> <p>Zalecana dawka benralizumabu dla pacjentów, którzy kontynuują leczenie po okresie zawieszenia w programie wynosi 30 mg we wstrzyknięciach podskórnych co 8 tygodni, jeśli czas od ostatniej dawki leku przed zawieszeniem był <math>\leq 8</math> tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był <math>&gt; 8</math> tygodni to zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego).</p> <p>Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku</p>	<p><b>1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li> <li>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li> <li>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li> <li>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.</li> </ol> <p><b>1.4. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);</li> <li>2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (ważność testu – 2 tygodnie);</li> <li>3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</li> </ol>
--	---	--

<p>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><b>1.4. Określenie czasu leczenia w programie</b></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><b>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia do programu</b></p>	<p>pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p> <p><b>3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem</b></p> <p>Dupilumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku</p>	<p>4) morfologia krwi i badania biochemiczne:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>stężenie kreatyniny,</li> <li>stężenie mocznika,</li> <li>stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</li> <li>stężenie AIAT,</li> <li>stężenie AspAT;</li> </ol> <p>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li> <li>analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</li> <li>analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</li> </ol> <p><b>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;</li> <li>morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): <ol style="list-style-type: none"> <li>stężenie kreatyniny,</li> </ol> </li> </ol>
--	---	--

<p><b>2.1.1.</b> pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą eozynofilową identyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi na poziomie <math>\geq 350</math> komórek/<math>\mu</math>l na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie <u>lub</u> <math>\geq 150</math> komórek/<math>\mu</math>l, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce <math>\geq 5</math>mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi <math>\geq 1,0</math>g (w przeliczeniu na prednizon)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (<math>&gt;1000</math> mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora <math>\beta</math>-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</li> <li>2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują przewlekle;</li> <li>3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ <math>&gt;1.5</math> pkt),</li> <li>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,</li> <li>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,</li> <li>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <math>&lt;80\%</math> wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF <math>&gt;30\%</math>),</li> <li>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ <math>&lt;5,0</math> punktów);</li> </ol> </li> <li>4) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii;</li> <li>5) niepalenie tytoniu;</li> </ol>	<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"> <li>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</li> <li>c) stężenie AIAT,</li> <li>d) stężenie AspAT;</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);</li> <li>5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);</li> <li>6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.</li> </ol> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li> <li>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</li> <li>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</li> </ol> <p><b>2.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;</li> <li>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);</li> </ol>
---	---	---

<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><b>2.2. Przeciwwskazania</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na mepolizumab lub benralizumab lub substancje pomocnicze;</li><li>2) ciąża;</li><li>3) karmienie piersią;</li><li>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;</li><li>5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.</li></ol> <p><b>2.3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <math>\leq 30\%</math> o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);</li><li>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.</li></ol> <p><b>2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li><li>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li><li>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li><li>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.</li></ol> <p><b>2.4. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>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"><li>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;</li></ol>
--	--	--

- 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);
- 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy (wzrost ACQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem));
- 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę (spadek miniAQLQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem));
- 6) palenie tytoniu;
- 7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;
- 8) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 9) wystąpienie któregośkolwiek z przeciwwskazań do stosowania mepolizumabu lub benralizumabu;
- 10) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia.

#### 2.4. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia.

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu

- 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
  - a) stężenie kreatyniny,
  - b) CRP,
  - c) stężenie AIAT,
  - d) stężenie AspAT;
- 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);
- 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);
- 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

#### Ponadto przeprowadzana jest:

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

#### 3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem

##### 3.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:

- 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);



podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie mepolizumabem lub benralizumabem zostaje 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  $\geq 350$  komórek/ $\mu$ l na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub  $\geq 150$  komórek/ $\mu$ l, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce  $\geq 5$ mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi  $\geq 1,0$ g (w przeliczeniu na prednizon)

- 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów ( $>1000$  mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora  $\beta$ -2 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  $\geq 150$  komórek/mikrolitr na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie oraz z alergią na alergen cykliczny 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  $\beta$ -2

**3.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku – nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:**

- 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

**3.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:**

- 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.

**3.4. Monitorowanie leczenia:**

**Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej**

<p>adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u chorych, którzy stosują je przewlekłe;</li><li>3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;</li><li>4) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<ol style="list-style-type: none"><li>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ &gt;1,5 pkt),</li><li>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,</li><li>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,</li><li>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 &lt;80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF&gt;30%),</li><li>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ&lt;5,0 punktów);</li></ol></li><li>5) niepalenie tytoniu;</li><li>6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;</li><li>7) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy.</li></ol> <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><b>3.2. Przeciwwskazania</b></p>		<p><b>terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);</li><li>2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);</li><li>3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</li><li>4) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie kreatyniny,</li><li>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</li><li>c) stężenie AIAT,</li><li>d) stężenie AspAT;</li></ol></li><li>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</li></ol> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li><li>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</li><li>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</li></ol> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></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><b>3.3. Kryteria wyłączenia</b></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 o <math>\leq 30\%</math> 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 o <math>&gt;</math> 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 o <math>&gt;</math> 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 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 dupilumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii dupilumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.

Załącznik B.47.

**LECZENIE CHORYCH Z UMIARKOWANĄ I CIĘŻKĄ POSTACIĄ ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10: L40.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1.</b> Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p><b>1.2.</b> Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) pacjenci w wieku:</p> <p>a) 18 lat i powyżej, lub</p> <p>b) 4 lat i powyżej – w przypadku do kwalifikacji do terapii adalimumabem, lub</p> <p>c) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem, ustekinumabem, iksekizumabem, sekukinumabem;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>Adalimumab, etanercept, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, ustekinumab, ryzankizumab, guselkumab, certolizumab pegol, tyltrakizumab i bimekizumab</b> należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC oraz z uwzględnieniem umożliwienia zmniejszania dawek leków lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi;</li> <li>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</li> <li>3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li> <li>4) stężenie kreatyniny w surowicy;</li> <li>5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</li> <li>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</li> <li>8) obecność antygenu HBs;</li> <li>9) przeciwciała anty-HCV;</li> <li>10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</li> <li>11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</li> <li>12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie terapii</b></p>

<p>2) pacjenci z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej, którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego;</p> <p>3) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami:</p> <p>a) PASI większym niż 10, oraz</p> <p>b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10, oraz</p> <p>c) BSA większym niż 10;</p> <p>4) pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych klasycznych metod ogólnych zastosowanych zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC, a w przypadku pacjentów od 4 do 18 roku życia po nieskuteczności leczenia miejscowego lub ogólnego zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do zastosowania metod terapii ogólnej zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC.</p> <p><b>1.3.</b> Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni poszczególnymi substancjami czynnymi ujętymi w programie lekowym w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie.</p> <p><b>1.4.</b> W przypadkach, w których zmiany łuszczycowe zajmują miejsca szczególne, takie jak skóra owłosiona głowy lub twarzy lub okolic narządów płciowych lub rąk lub stóp lub paznokci, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.</p>	<p>leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię łuszczycy plackowatej danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>Po 2 miesiącach (<math>\pm</math> 30 dni) i 4 miesiącach (<math>\pm</math> 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologię krwi;</li> <li>2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>3) stężenie kreatyniny w surowicy;</li> <li>4) AspAT i AlAT;</li> </ol> <p>oraz po 4 miesiącach (<math>\pm</math> 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co najmniej raz na 6 miesięcy (<math>\pm</math> 30 dni).</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w SMPT podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w</p>
---	--	--

**1.5.** W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego produktu leczniczego, którym odbywa się leczenie. W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.

## **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC.

## **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie**

1) po 4 miesiącach ( $\pm$  30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75%

lub

2) po 4 miesiącach ( $\pm$  30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów.

## **4. Kryteria i warunki zmiany terapii**

1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:

a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą,

lub

b) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL,

zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

## **3. Monitorowanie programu**

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej



<p>lub</p> <p>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;</p> <p>2) w ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa;</p> <p>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;</p> <p>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.</p> <p><b>5. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 3;</p> <p>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy:</p> <p>a) PASI większy niż 10,</p> <p>oraz</p> <p>b) BSA większy niż 10,</p> <p>oraz</p> <p>c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10;</p> <p>3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego produktu leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.</p> <p><b>6. Czas leczenia w programie</b></p>		<p>lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

<p>W przypadku kwalifikacji do terapii poszczególnymi substancjami czynnymi ujętymi w programie lekowym:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie;</li><li>2) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu;</li><li>3) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.</li></ol> <p><b>7. Kryteria ponownego włączenia do programu</b></p> <p>Do programu może być ponownie włączony pacjent:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta;</li><li>2) u którego z przyczyn niemedycznych lub z powodu ciąży odstawiono leczenie, a następnie doszło do zaostrzenia choroby (PASI&gt;10) i nie ma u niego przyczyn medycznych będących przeciwwskazaniem do stosowanego leczenia.</li></ol>		
--	--	--

Załącznik B.50.

**LECZENIE CHORYCH NA RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10: C56, C57, C48)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się tylko jedną linię leczenia podtrzymującego inhibitorami PARP niskozróznicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) olaparyb;</li> <li>2) niraparyb;</li> </ol> <p><b>W leczeniu nowo zdiagnozowanego</b> zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:</p> <p><b>1) w monoterapii:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2, albo</li> <li>b) niraparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA1/2, u pacjentek z potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD) lub z brakiem potwierdzenia niedoboru homologicznej rekombinacji (HRD);</li> </ol> <p><b>2) w skojarzeniu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <b>olaparyb z bewacyzumabem</b> u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD);</li> </ol> <p><b>W leczeniu nawrotowego</b> raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:</p> <p><b>1) w monoterapii:</b></p>	<p>Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktu Leczniczego (ChPL) aktualnych na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>1. olaparyb w monoterapii:</b> maksymalna całkowita dawka dobową: 600 mg.</p> <p><b>2. niraparyb w monoterapii:</b> maksymalna całkowita dawka dobową: 300 mg.</p> <p>Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią.</p> <p><b>3. olaparyb w skojarzeniu z bewacyzumabem:</b> <b>bewacyzumab</b> - 15 mg/kg masy ciała dożylnie, rytm: co 3 tygodnie, do 22 cykli łącznie. Leczenie należy rozpocząć nie później niż podczas trzech ostatnich cykli chemioterapii. <b>olaparyb</b> - maksymalna całkowita dawka dobową: 600 mg.</p> <p>Leczenie należy rozpocząć nie wcześniej niż 3 tygodnie i nie później niż 12 tygodni po zakończeniu chemioterapii opartej na związkach platyny w skojarzeniu z bewacyzumabem.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenie schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny należy wykonać badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>7) oznaczenie stężenia CA125;</li> <li>8) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;</li> <li>9) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol>

<p>a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, po wcześniejszym zastosowaniu przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny).</p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji dla nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej</b></p> <p>1) histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:</p> <p>a) w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem w monoterapii stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– FIGO III u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach <i>BRCA1/2</i> bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji (w przypadku olaparybu albo niraparybu),</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– FIGO III u chorych po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu),</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– FIGO III lub IV po zastosowaniu chemioterapii neoadjuwantowej u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach <i>BRCA 1/2</i> (w przypadku olaparybu albo niraparybu) albo bez mutacji (w przypadku niraparybu),</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– FIGO IV (w przypadku olaparybu albo niraparybu);</li></ul> <p>albo</p> <p>b) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3)</p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li><li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania wykonuje się co 1 miesiąc.</p> <p>W przypadku niraparybu w pierwszym miesiącu leczenia zaleca się kontrolę morfologii krwi raz na tydzień i w razie konieczności modyfikację dawkowania.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li><li>2) oznaczenie stężenia CA125 co 1 miesiąc lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej;</li><li>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) w trakcie leczenia olaparybem albo niraparybem nie rzadziej niż co 6 miesięcy w zależności od wskazań klinicznych,</li></ol>
---	---

<p>raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) zidentyfikowana patogenna lub prawdopodobnie patogenna mutacja w genach BRCA1/2 (dziedziczna lub somatyczna) w przypadku leczenia olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem lub zidentyfikowane zaburzenia rekombinacji homologicznej (z ang. homologous recombination deficiency, HRD) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem;</li><li>3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;</li><li>4) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST 1.1 odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny;</li><li>5) wiek powyżej 18 roku życia;</li><li>6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl,</li><li>b) liczba leukocytów większa lub równa <math>3,0 \times 10^9/l</math>,</li><li>c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1,5 \times 10^9/l</math>,</li><li>d) liczba płytek krwi większa lub równa <math>100 \times 10^9/l</math>;</li></ol></li><li>7) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</li><li>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby),</li><li>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;</li></ol></li><li>8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);</li><li>9) wykluczenie ciąży.</li></ol> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>		<p>b) przy wzroście stężenia CA125 - przekraczającym 2-krotną wartość nadiru (u chorych z wartością wyjściową poza zakresem normy) lub 2-krotnie górną granicę normy stwierdzonym w dwóch kolejnych oznaczeniach, dokonanych w odstępie, co najmniej 1 tygodnia. Natomiast w przypadku braku objawów progresji w badaniu obrazowym (TK/RMI) kolejne badanie obrazowe wykonuje się nie wcześniej niż za 3 miesiące, chyba że wcześniej wystąpią objawy kliniczne progresji choroby nowotworowej.</p> <p>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST 1.1.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej</li></ol>
--	--	--

<p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem albo olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem albo niraparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego.</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP.</p> <p><b>1.2. Kryteria kwalifikacji dla nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;</li><li>2) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie <i>BRCA1</i> lub w <i>BRCA2</i> (dziedzicznej lub somatycznej);</li><li>3) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny);</li><li>4) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny;</li><li>5) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;</li><li>6) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST 1.1 odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny;</li><li>7) wiek powyżej 18 roku życia;</li><li>8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl,</li><li>b) liczba leukocytów większa lub równa <math>3,0 \times 10^9/l</math>,</li><li>c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1,5 \times 10^9/l</math>,</li><li>d) liczba płytek krwi większa lub równa <math>100 \times 10^9/l</math>;</li></ol></li><li>9) wskaźniki czynności wątroby i nerek:</li></ol>		lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

- a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),
  - b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby),
  - c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL;
- 11) wykluczenie ciąży.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie chorych olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:
- a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg RECIST 1.1) – 24 miesiące,
  - b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg RECIST 1.1.) – pacjenci z częściową odpowiedzią po 2 latach, którzy w opinii lekarza prowadzącego mogą odnieść korzyści z dalszego leczenia mogą kontynuować je powyżej 2 lat,
  - c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1,
  - d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;

<p>2) leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) 36 miesięcy,</li><li>b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1,</li><li>c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;</li></ul> <p>3) leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1,</li><li>b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.</li></ul> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek (olaparyb albo niraparyb) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) progresja choroby podstawowej w trakcie leczenia (wg RECIST 1.1);</li><li>3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu <math>\geq 3</math> według klasyfikacji NCI CTC;</li><li>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</li><li>5) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku.</li></ul>		
---	--	--



Załącznik B.52.

**LECZENIE PŁASKONABLONKOWEGO RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)</b></p> <p><i>1.1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab</i></p> <p><b>1.1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>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;</li> <li>3) wykluczenie stosowania uprzedniego leczenia przyczynowego z wyłączeniem chirurgicznej biopsji wycinkowej;</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)</b></p> <p><b>1.1. Cetuksymab</b></p> <p>1.1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu. Lek musi być podawany pod nadzorem lekarza doświadczonego w stosowaniu leków w przeciwnowotworowych, a w czasie wlewu oraz przynajmniej przez godzinę po jego zakończeniu konieczne jest ściśle monitorowanie stanu pacjenta przy jednoczesnym zapewnieniu dostępności sprzętu resuscytacyjnego.</p> <p>1.1.2. Cetuksymab podawany jest raz w tygodniu.</p>	<p><b>1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</b></p> <p><b>1.1.1. Badania laboratoryjne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie w oparciu o ocenę materiału pobranego za pomocą biopsji wycinkowej ogniska pierwotnego lub przerzutowo zmienionych węzłów chłonnych;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczajowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy;</li> <li>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);</li> <li>5) inne w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>1.1.2. Inne badania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;</li> <li>2) badanie laryngologiczne z fiberoskopią górnych dróg oddechowych krtaniowej części gardła;</li> </ol>

<p>4) potwierdzenie możliwości obiektywnej oceny zaawansowania miejscowego i regionalnego na podstawie badania przedmiotowego (w tym – fiberoskopia) oraz badania komputerowej tomografii (TK) lub magnetycznego rezonansu (MR) z wykluczeniem nacieku chrząstki tarczowatej lub kości żuchwy lub skóry;</p> <p>5) wykluczenie obecności przerzutów odległych przynajmniej na podstawie rentgenografii klatki piersiowej w dwóch projekcjach i ultrasonografii jamy brzusznej;</p> <p>6) potwierdzenie obecności medycznych przeciwwskazań do jednoczesnej chemioradioterapii z udziałem cisplatyny, w tym:</p> <p>a) zaburzenia czynności nerek – (jeden z wymienionych stanów- przewlekła choroba nerek w wywiadzie, stwierdzenie wartości klirensu kreatyniny poniżej 50ml/min. bez związku z przejściowym odwodnieniem lub potwierdzenie w przynajmniej dwóch badaniach podwyższonej wartości stężenia kreatyniny i/lub mocznika bez związku z przejściowym odwodnieniem),</p> <p>b) choroby narządu słuchu ( w tym niedosłuch potwierdzony badaniem laryngologicznym lub - w przypadku wątpliwości- badaniem audiometrycznym),</p> <p>c) polineuropatia potwierdzona badaniem neurologicznym;</p> <p>7) potwierdzenie sprawności w stopniu 0 lub 1 według klasyfikacji WHO;</p> <p>8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych:</p> <p>a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi oraz,</p> <p>b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby;</p>	<p>1.1.3. Cetuksymab w dawce 400 mg/m<sup>2</sup> podawany jest dożylnie po raz pierwszy 7 dni przed planowanym rozpoczęciem napromieniania (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut).</p> <p>1.1.4. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m<sup>2</sup> – podania w 1 dniu radioterapii na 1-3 godziny przed frakcją napromieniania i następnie w analogiczny sposób w rytmie co tydzień do zakończenia radioterapii (czas trwania kolejnych wlewów – 60 min.). Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m<sup>2</sup>, co 2 tygodnie</p> <p>1.1.5. Łącznie, poza dawką indukcyjną poprzedzającą napromienianie, chorzy otrzymują 6 (radioterapia przyspieszona) lub 7 (radioterapia frakcjonowana konwencjonalnie) podań cetuksymabu.</p> <p>1.1.6. W trakcie kolejnych wlewów konieczne jest ściśle monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.</p> <p><b>1.2. Planowanie i realizacja radioterapii</b></p> <p>1.2.1. Napromienianie prowadzone jest przy użyciu wysoenergetycznych fotonów X indukowanych w przyspieszaczach liniowym.</p> <p>1.2.2. Radioterapia powinna być zaplanowana w oparciu o trójwymiarową rekonstrukcję badań obrazowych, zgodnie z wytycznymi ICRU odnośnie określania objętości napromienianej</p>	<p>3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach;</p> <p>4) ultrasonografia jamy brzusznej;</p> <p>5) badanie elektrokardiograficzne (EKG);</p> <p>6) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>7) inne w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>1.1.3. Uwagi</b></p> <p>TK lub MR w ramach diagnostyki jest badaniem wykonywanym niezależnie od obrazowania w trakcie planowania napromieniania.</p> <p><b>1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>Badania należy wykonać przed podaniem pierwszej dawki cetuksymabu przed pierwszym napromienianiem oraz:</p> <p><b>1.2.1. Badania laboratoryjne</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem, co tydzień w trakcie radioterapii;</p> <p>2) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczanowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy, co 3 tygodnie;</p> <p>3) inne w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>1.2.2. Inne badania</b></p> <p>1) ocena odczynów popromiennych co tydzień od 2 tygodnia radioterapii;</p> <p>2) badanie skóry pod kątem oceny nasilenia wysypki trądzikopodobnej.</p> <p><b>1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Kliniczna ocena regresji raka płaskonabłonkowego co tydzień w trakcie leczenia, bezpośrednio po jego zakończeniu, a następnie systematycznie w trakcie wizyt kontrolnych.</p>
---	--	---

<p>10) potwierdzenie zachowanej wydolności narządowej określonej na podstawie wyników badań laboratoryjnych:</p> <p>a) czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej <math>\leq</math> 1,5-krotnej wartości górnej granicy normy;</li> <li>– aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy <math>\leq</math> 5-krotnej wartości górnej granicy normy;</li> </ul> <p>b) morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie hemoglobiny <math>\geq</math> 10,0g/dl;</li> <li>– poziom leukocytów <math>&gt;</math> 3 000/mm<sup>3</sup>;</li> <li>– poziom neutrofilii <math>&gt;</math> 1 500/mm<sup>3</sup>;</li> <li>– poziom płytek krwi <math>&gt;</math> 100 000/mm<sup>3</sup>.</li> </ul> <p>11) wykluczenie niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Całkowity czas trwania leczenia w ramach programu oznacza okres między podaniem pierwszej – wyprzedzającej napromienianie – dawki cetuksymabu i dniem zakończenia radioterapii. Leczenie może być przerwane w momencie podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p><b>1.1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wystąpienie nasilonej reakcji infuzyjnej po podaniu cetuksymabu;</li> <li>2) wystąpienie wysypki trądzikopodobnej o przynajmniej 3 stopniu nasilenia po raz czwarty z kolei lub brak zmniejszenia</li> </ol>	<p>(gross tumor volume – GTV, clinical target volume – CTV, planned target volume – PTV).</p> <p>1.2.3. Konieczne jest stosowanie standardowej radioterapii 3D konformalnej lub napromieniania z modulowaną intensywnością wiązki (IMRT).</p> <p>1.2.4. Frakcjonowanie dawki radioterapii zależne jest od preferencji ośrodka w następujących wariantach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– frakcjonowania konwencjonalnego (Df = 2 Gy; 5 razy w tygodniu; TD = 70 Gy);</li> <li>– frakcjonowania przyspieszonego (metody SIB IMRT, CAIR, concomitant boost, 6 kolejnych dni leczenia tygodniowo);</li> <li>– hiperfrakcjonowania (DF = 1,1 – 1,2 Gy 2 razy dziennie).</li> </ul> <p>1.2.5. Kontrola jakości napromieniania powinna odbywać się w oparciu o rekomendację ESTRO i zasady obowiązujące w ośrodku prowadzącym leczenie.</p> <p><b>2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)</b></p> <p><b>2.1. Cetuksymab</b></p>	<p><b>1.3.1. Badania laboratoryjne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>1.3.2. Inne badania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przedmiotowe (laryngologiczne);</li> <li>2) TK lub MR twarzoczaszki i szyi 3-4 miesiące po zakończeniu napromieniania, następnie co 6 miesięcy przez 3 lata;</li> <li>3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach 1 raz w roku;</li> <li>4) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.</li> </ol> <p><b>1.3.3. Uwagi</b></p> <p>Wizyty kontrolne: 1 miesiąc po zakończeniu leczenia, następnie co 2 miesiące w pierwszym roku po leczeniu, co 3 miesiące w drugim i trzecim roku po leczeniu, potem co 6 miesięcy.</p> <p><b>2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</b></p> <p><b>2.1.1. Badania laboratoryjne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka płaskonabłonkowego zgodnie z kryteriami włączenia;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) stężenie we krwi: kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia, magnezu;</li> <li>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);</li> <li>5) inne w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>2.1.2. Inne badania</b></p>
---	---	--

<p>się nasilenia wysypki do 2 stopnia w okresie przerwy w podawaniu leku;</p> <p>3) definitywne przerwanie napromieniania z jakichkolwiek przyczyn;</p> <p>4) wystąpienie nasilonych odczynów popromiennych lub powikłań ogólnoustrojowych skutkujące dłuższą niż 2 tygodnie przerwą w napromienieniu.</p> <p><b>2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)</b></p> <p><b>2.1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab</b></p> <p><b>2.1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) potwierdzenie histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – jama ustna i ustna część gardła) w stopniu zróżnicowania guza G1-G2;</p> <p>2) potwierdzenie nawrotu lub przerzutów odległych na podstawie badania przedmiotowego lub badań obrazowych przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania);</p> <p>3) wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anty-EGFR u chorych na zaawansowanego raka płaskonabłonkowego głowy i szyi (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem);</p>	<p>2.1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu;</p> <p>2.1.2. Początkowa dawka cetuksymabu wynosi 400 mg/m<sup>2</sup> podawana dożylnie (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut);</p> <p>2.1.3. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m<sup>2</sup> podawane co 7 dni (czas trwania kolejnego wlewu – 60 minut). Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m<sup>2</sup>, co 2 tygodnie.</p> <p>2.1.4. W trakcie wlewów konieczne jest ściśle monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.</p> <p><b>2.2. Leczenie podtrzymujące cetuksymabem</b></p> <p>2.2.1. Po zakończeniu podawania chemioterapii leczenie cetuksymabem kontynuuje się:</p> <p>1) w przypadku schematu EXTREME, w dawce 250 mg/m<sup>2</sup> co tydzień lub 500 mg/m<sup>2</sup> co 2 tygodnie;</p> <p>2) w przypadku schematu TPEX, w dawce 500 mg/m<sup>2</sup> co 2 tygodnie</p> <p>- do czasu spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>2.3. Chemioterapia</b></p> <p>2.3.1. Schemat EXTREME: Cisplatyna w dawce 100 mg/m<sup>2</sup> w dniu 1 kursu lub, w przypadku</p>	<p>1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;</p> <p>2) RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (opcjonalnie TK lub MRI przy braku możliwości określenia wielkości i liczby zmian przerzutowych w klatce piersiowej na podstawie konwencjonalnego badania RTG);</p> <p>3) inne w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.2.1. Badania laboratoryjne</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem – przed każdym cyklem chemioterapii;</p> <p>2) stężenie kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia i magnezu w surowicy – przed każdym cyklem chemioterapii;</p> <p>3) inne w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.2.2. Inne badania</b></p> <p>1) ocena nasilenia wysypki trądzikopodobnej przed każdym podaniem cetuksymabu.</p> <p><b>2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badanie obrazowe KT lub MRI twarzoczaszki i szyi oraz inne w zależności od lokalizacji zmian przerzutowych – nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w razie wskazań klinicznych;</p> <p>2) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.</p> <p><b>3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</b></p> <p><b>3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p>
--	--	---

<p>4) brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU;</p> <p>5) potwierdzenie sprawności wg KPS <math>\geq 80</math> lub ECOG/WHO 0-1;</p> <p>6) obecność nowotworowych zmian możliwych do oceny według kryteriów RECIST 1.1.;</p> <p>7) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>8) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku innych nowotworów, w których stosowano leczenie radykalne;</p> <p>9) potwierdzenie prawidłowej czynności układu krwiotwórczego umożliwiającej leczenie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>10) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej <math>\leq 2</math>-krotnej wartości górnej granicy normy; w przypadku chorych z przerzutami do wątroby – stężenie bilirubiny całkowitej <math>&lt; 5</math> mg/dl,</li> <li>– aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy <math>\leq 3</math>-krotnej wartości górnej granicy normy;</li> </ul> <p>11) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– klirens kreatyniny: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. dla cisplatyny <math>\geq 60</math> ml/min/1,73 m<sup>2</sup>,</li> <li>ii. dla karboplatyny <math>\geq 40</math> ml/min/1,73 m<sup>2</sup>;</li> </ul> </li> </ul> <p>12) wykluczenie współwystępowania niekontrolowanych zakażeń.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2.1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>	<p>udokumentowanych przeciwwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z 5FU w dawce 1000 mg/m<sup>2</sup> w dniach 1-4. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;</p> <p>2.3.2. Okres zastosowania chemioterapii – do 6 cykli;</p> <p>2.3.3. Schemat TPEx: Cisplatyna w dawce 75 mg/m<sup>2</sup> w dniu 1 kursu lub, w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z docetakselem w dawce 75 mg/m<sup>2</sup> w dniu 1 kursu. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;</p> <p>2.3.4. Okres zastosowania chemioterapii - do 4 cykli.</p> <p><b>2.4. Postępowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych</b></p> <p>2.4.1. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leków należy dostosować do wytycznych zawartych w poszczególnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;</p> <p>2.4.2. W przypadku konieczności przerwania leczenia systemowego przerwa w leczeniu nie może być dłuższa niż 2 miesiące;</p>	<p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</p> <p>2) ocena stanu sprawności w skali ECOG;</p> <p>3) pomiar masy ciała;</p> <p>4) badania laboratoryjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny,</li> <li>c) oznaczenie stężenia glukozy,</li> <li>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,</li> <li>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,</li> <li>f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,</li> <li>g) oznaczenie poziomu TSH,</li> <li>h) test ciążyowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</li> </ul> <p>5) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające rozpoznanie miejscowego nawrotu lub uogólnienia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;</p> <p>6) Potwierdzenie obecności ekspresji PDL1 zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych przy użyciu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263.</p> <p><b>3.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</p> <p>2) morfologia krwi;</p> <p>3) wskaźniki biochemiczne: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.</p> <p>Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p>
--	---	--

<p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p><b>2.1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) istotne, utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia chorego;</li> <li>2) wystąpienie istotnych objawów niepożądanych lub współistniejących schorzeń uniemożliwiających w opinii lekarza prowadzącego kontynuację leczenia;</li> <li>3) progresja choroby lub zgon chorego;</li> <li>4) wycofanie przez chorego zgody na leczenie w ramach programu lekowego;</li> <li>5) występowanie niekontrolowanych, oportunistycznych zakażeń.</li> </ol> <p><b>3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</b></p> <p><b>3.1. Leczenie pembrolizumabem dorosłych pacjentów z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ekspresja CPS <math>\geq 1</math> – pembrolizumab w monoterapii w przypadku wolnej progresji oraz niewielkiego nasilenia dolegliwości i objawów związanych z nowotworem,</li> <li>b) ekspresja CPS <math>\geq 1</math> – pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) w przypadku dynamicznej progresji lub nasilonych dolegliwości i objawów zależnych od nowotworu (możliwość uzyskania szybszej odpowiedzi indukowanej przez chemioterapię);</li> </ol> <p><b>3.1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p>	<p>2.4.3. W przypadku wystąpienia udokumentowanych, istotnych i utrzymujących się objawów niepożądanych, które uniemożliwiają podawanie chemioterapii (cisplatyna/karboplatyna + 5FU lub cisplatyna/karboplatyna + docetaksel) możliwe jest zakończenie jej przed podaniem 6 (schemat EXTREME) lub 4 (schemat TPEx) cykli z jednoczesną kontynuacją podawania cetuksymabu.</p> <p><b>3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</b></p> <p><b>3.1. Pembrolizumab</b></p> <p>3.1.1. Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</b></p> <p><b>4.1. Niwolumab</b></p>	<p><b>3.3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przedmiotowe;</li> <li>2) badania laboratoryjne;</li> <li>3) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.</li> </ol> <p>Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</b></p> <p><b>4.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przedmiotowe;</li> <li>2) ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>3) pomiar masy ciała;</li> <li>4) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny,</li> <li>c) oznaczenie stężenia glukozy,</li> <li>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,</li> <li>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,</li> <li>f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,</li> <li>g) oznaczenie poziomu TSH,</li> <li>h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</li> </ol> </li> </ol>
---	--	--

<p>1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, ustnej lub krtaniowej części gardła lub krtani (z wykluczeniem raka typu nosogardłowego) z nawrotem miejscowym lub/i regionalnym po leczeniu loco regionalnym lub przerzutami odległymi;</p> <p>2) brak możliwości ratującego leczenia chirurgicznego lub radioterapii;</p> <p>3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyłączeniem chemioterapii lub leczenia celowanego stosowanego łącznie z napromienianiem w ramach leczenia radykalnego;</p> <p>4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;</p> <p>5) wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>6) wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;</p> <p>7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;</p> <p>8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>9) nieobecność przeciwwskazań:</p> <p>a) w przypadku monoterapii: brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego,</p> <p>b) w przypadku terapii skojarzonej: brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii opartej na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktów Leczniczych.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p>4.1.1. Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>5) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.</p> <p><b>4.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</p> <p>2) morfologia krwi;</p> <p>3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.</p> <p>Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>4.3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badanie przedmiotowe;</p> <p>2) Badanie laboratoryjne;</p> <p>3) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.</p> <p>Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>5. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW</p>
--	--	---

<p><b>3.1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta.</p> <p><b>3.1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która musi być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;</li><li>2) nadwrażliwość na pembrolizumab;</li><li>3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów CTC (ang. Common Toxicity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li><li>4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu;</li><li>5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.</li></ol> <p><b>4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</b></p> <p><i>4.1. Leczenie niwolumabem dorosłych pacjentów z nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem jamy ustnej, gardła lub krtani, który uległ progresji po lub w trakcie leczenia opartego na pochodnych platyny</i></p> <p><b>4.1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p>		<p>NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---



- 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, gardła lub krtani;
- 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w tym stosowaną w skojarzeniu z lekami anty-EGFR);
- 3) brak wcześniejszego leczenia lekami z grupy anty-PD-L/PD-L1;
- 4) udokumentowany nawrót (miejscowy lub węzłowy) lub uogólnienie (przerzuty) stwierdzony w trakcie lub w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu wcześniejszej chemioterapii z udziałem jednej z pochodnych platyny (w tym stosowanych w skojarzeniu z lekami anty-EGFR);
- 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;
- 6) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta.

#### **4.3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem**

Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.

<p><b>4.4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;</li><li>2) nadwrażliwość na lek;</li><li>3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxicity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li><li>4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu;</li><li>5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.</li></ol>		
---	--	--

Załącznik B.54.

**LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)**

<b>Schematy leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego:</b>		
<i>DVTd</i> – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem;	<i>KRd</i> – karfilzomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;	
<i>PVd</i> – pomalidomid w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem;	<i>IRd</i> – iksazomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;	
<i>DVd</i> – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem;	<i>Pd</i> – pomalidomid w skojarzeniu z deksametazonem;	
<i>DRd</i> – daratumumab w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;	<i>EloPd</i> – elotuzumab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem;	
<i>Kd</i> – karfilzomib w skojarzeniu z deksametazonem;	<i>IsaPd</i> – izatuksymab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem.	
<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego chorym na szpiczaka plazmocytoowego udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pacjentom z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytoowym w I linii leczenia: <i>DVTd</i>,</li> <li>pacjentom z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym: <i>PVd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>Kd</i>, <i>KRd</i>, <i>IRd</i>, <i>Pd</i>, <i>EloPd</i>, <i>IsaPd</i>.</li> </ol> <p><i>Uwaga:</i> terapia indukująca, po której nastąpi przeszczepienie autologicznych komórek macierzystych i terapia konsolidująca/ podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie w I linii leczenia w schemacie:</b></p> <p><b>1.1.1. DVTd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>Maksymalna liczba cykli: 6 (maksymalnie 4 cykle indukcyjne i maksymalnie 2 cykle konsolidujące)</p> <p><u>Daratumumab i.v.</u> w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>w leczeniu indukcyjnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-16;</li> <li>w leczeniu konsolidującym: co dwa tygodnie w tygodniach 1-8.</li> </ol> <p><u>Bortezomib</u>: zalecana dawka 1,3 mg/m<sup>2</sup> pc. dożylnie lub podskórnym w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;</li> <li>oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> <li>oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>oznaczenie klirensu kreatyniny;</li> <li>oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu;</li> <li>niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym m</li> </ol>

<p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>3) rozpoznanie szpiczaka plazmocytozowego;</li> <li>4) brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych wybranego schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego;</li> <li>5) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku (będącego składową wybranego schematu leczenia);</li> <li>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</li> <li>10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do I linii leczenia w schemacie:</b></p>	<p><b>Talidomid:</b> podawany doustnie w dawce 100 mg raz na dobę w każdym dniu każdego cyklu.</p> <p><b>Deksametazon:</b> podawany doustnie lub dożylnie w dawce 40 mg w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16., 22. i 23. w cyklach 1. i 2. oraz w dawce 40 mg w dniach 1.-2. i 20 mg w kolejnych dniach dawkowania (dniach 8., 9., 15., 16.) w cyklach 3-4. Deksametazon w dawce 20 mg powinien być podawany w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16. w cyklach 5. i 6.</p> <p><b>1.2. Dawkowanie w leczeniu opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozowego w schemacie:</b></p> <p><b>1.2.1. PVd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p><b>Pomalidomid:</b> zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-14 każdego cyklu.</p> <p><b>Bortezomib:</b> zalecana dawka początkowa: 1,3 mg/m<sup>2</sup> pc. raz na dobę, dożylnie lub podskórnym w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu w cyklach 1-8, a następnie w dniach 1. i 8. każdego kolejnego cyklu.</p> <p><b>Deksametazon:</b> zalecana dawka: 20 mg (10 mg u chorych &gt;75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. w cyklach 1-8, a następnie w dniach 1., 2., 8. i 9. każdego kolejnego cyklu.</p> <p><b>1.2.2. DVd</b></p> <p>Od 1. tygodnia do 24. tygodnia każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie) = pierwsze 8 cykli.</p> <p>Od 25. tygodnia każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><b>Daratumumab i.v.</b> w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo <b>Daratumumab s.c.</b> w dawce 1800 mg/podanie podawany</p>	<p>szpiczakiem plazmocytozowym - badanie kośćca do decyzji lekarza);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml wykonany w dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku;</li> <li>11) dodatkowo w przypadku schematu <i>IRd</i>, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do schematu <i>IRd</i> – badania potwierdzające obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka;</li> <li>12) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>IsaPd</i> – pośredni test antyglobulinowy (pośredni test Coombs'a);</li> <li>13) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i> – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);</li> <li>14) dodatkowo w przypadku schematu <i>Kd</i>, <i>KRd</i>:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</li> <li>b) elektrokardiografia (EKG),</li> <li>c) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca.</li> </ol> </li> </ol> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia (za wyjątkiem wskazanym dla badania w pkt 10) oraz za wyjątkiem badań z pkt 11, które mogą być wykonane wcześniej).</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml, zgodnie z zaleceniami odpowiedniej, aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;</li> </ol>
---	---	--

<p><b>1.2.1. DVTd</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytoowego;</li> <li>2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG);</li> <li>3) kwalifikowanie się pacjenta do leczenia chemioterapią wysokodawkową z przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</li> <li>4) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 30 \times 10^9/l</math> (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <math>&lt; 75 \times 10^9/l</math> decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).</li> </ol>	<p>podskórnice: raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.</p> <p><u>Bortezomib</u>: w dawce 1,3 mg/m<sup>2</sup> pc. dożylnie lub podskórnice w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli.</p> <p><u>Deksametazon</u>: w dawce 20 mg doustnie w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli (tj. w dawce 80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku &gt; 75 lat, BMI &lt; 18,5, ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>IsaPd</i>:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</li> <li>e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>f) oznaczenie klirensu kreatyniny;</li> </ol> </li> <li>4) dodatkowo w przypadku schematu <i>Kd</i>, <i>KRd</i>:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</li> <li>b) elektrokardiografia (EKG).</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego w schemacie:</b></p> <p><b>1.3.1. PVd</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym schemat zawierający lenalidomid, i w trakcie leczenia nastąpiła progresja choroby;</li> <li>2) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 50 \times 10^9/l</math>, (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby).</li> </ol> <p><b>1.3.2. DVd</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego;</li> </ol>	<p><b>1.2.3. DRd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Daratumumab i.v.</u> w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnice: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.</p> <p><u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku &gt; 75 lat).</p>	<p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu zalecane jest nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia, a po 6 cyklu leczenia należy wykonać badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia zgodnie z aktualnymi, ujednoliconymi kryteriami przyjętymi przez International Myeloma Working Group (IMWG), w tym m.in.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;</li> <li>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ol>

<p>2) nie stwierdzono oporności na leczenie bortezomibem.</p> <p><b>1.3.3. DRd</b></p> <p>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytozy;</p> <p>2) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 0,5 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 30 \times 10^9/l</math> (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <math>&lt; 75 \times 10^9/l</math> decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).</p> <p><b>1.3.4. Kd</b></p> <p>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytozy;</p> <p>2) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1,0 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 50 \times 10^9/l</math> lub <math>\geq 30 \times 10^9/l</math>, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne;</p> <p>3) LVEF <math>\geq 40\%</math>;</p> <p>4) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;</p> <p>5) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;</p> <p>6) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.</p> <p><b>1.3.5. KRd</b></p>	<p><b>1.2.4. Kd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Karfilzomib</u> podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu w dawce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– początkowej 20 mg/m<sup>2</sup> pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do:</li> <li>– 70 mg/m<sup>2</sup> pc. w dniu 8. i 15. cyklu 1., a następnie:</li> <li>– w dawce 70 mg/m<sup>2</sup> pc. w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu.</li> </ul> <p>Dawkowanie karfilzomibu może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem.</p> <p><u>Deksametazon</u>: w dawce 40 mg doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. w cyklach 1-9, a następnie w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu. Deksametazon należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu.</p> <p><b>1.2.5. KRd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Karfilzomib</u> podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dawce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– początkowej 20 mg/m<sup>2</sup> pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. i 2. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do:</li> <li>– 27 mg/m<sup>2</sup> pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniu 8., 9., 15. i 16. cyklu 1., a następnie:</li> </ul>	<p>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>6) oznaczenie klirensu kreatyniny;</p> <p>7) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu;</p> <p>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) rygorystyczna całkowita odpowiedź (sCR),</li> <li>b) całkowita odpowiedź (CR),</li> <li>c) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),</li> <li>d) częściowa odpowiedź (PR),</li> <li>e) choroba stabilna (SD),</li> </ul>
--	---	--

<p>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego;</p> <p>2) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 0,5 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 30 \times 10^9/l</math> (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <math>&lt; 75 \times 10^9/l</math> decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla lenalidomidu);</p> <p>3) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;</p> <p>4) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;</p> <p>5) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.</p>	<p>– w dawce 27 mg/m<sup>2</sup> pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 8., 9., 15. i 16. w cyklach 2-12, a następnie:</p> <p>– w dawce 27 mg/m<sup>2</sup> pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 15. i 16. w cyklach 13-18.</p> <p>Pacjenci, u których pc. jest większa niż 2,2 m<sup>2</sup> powinni otrzymywać dawkę karfilzomibu obliczoną dla pc. wynoszącą 2,2 m<sup>2</sup>, a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem karfilzomibu w cyklu 1. konieczne jest odpowiednie nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego). Nie należy podawać karfilzomibu w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m<sup>2</sup> pc. jest podawana przez 10 minut.</p> <p><u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p>	<p>f) brak odpowiedzi (NR),</p> <p>g) progresja choroby (PD),</p> <p>h) przeżycie bez progresji choroby (PFS),</p> <p>i) przeżycie całkowite (OS);</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
<p><b>1.3.6. IRd</b></p> <p>1) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia szpiczaka plazmocytoowego;</p> <p>2) obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka, tj.: delecji w chromosomie 17 – del(17p), lub translokacji t(4;14), lub translokacji t(14;16);</p> <p>3) brak oporności na leczenie lenalidomidem;</p> <p>4) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1,0 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 75 \times 10^9/l</math> lub <math>\geq 30 \times 10^9/l</math>, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne.</p>	<p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka 40 mg (20 mg u chorych &gt;75 lat) doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. Deksametazon należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu.</p> <p><b>1.2.6. IRd</b></p>	

<p><b>1.3.7. Pd</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające lenalidomid i inhibitor proteasomu;</li><li>2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;</li><li>3) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 50 \times 10^9/l</math> (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby).</li></ol> <p><b>1.3.8. EloPd</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające lenalidomid i inhibitor proteasomu;</li><li>2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;</li><li>3) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 50 \times 10^9/l</math> (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej).</li></ol> <p><b>1.3.9. IsaPd</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające lenalidomid i inhibitor proteasomu;</li><li>2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;</li><li>3) brak oporności na leczenie pomalidomidem;</li><li>4) bezpośrednio przed pierwszym podaniem izatuzumabu szacunkowy wskaźnik przesączania kłębuszkowego (eGFR) <math>&lt; 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2 \text{ pow. ciała}</math>;</li></ol>	<p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Iksazomib</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu.</p> <p><u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu.</p> <p><b>1.2.7. Pd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Pomalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>Liczba dni podawania 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><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych <math>&gt; 75</math> lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu.</p> <p><b>1.2.8. EloPd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p>	
---	--	--



<p>5) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 50 \times 10^9/l</math> (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej).</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii schematem:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <i>DVTd</i> – leczenie trwa do maksymalnie 4 cykli (16 tygodni) w leczeniu indukcyjnym, oraz do maksymalnie 2 cykli (8 tygodni) w leczeniu konsolidującym;</li><li>2) <i>KRd</i> – leczenie karfilzomibem w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem trwa maksymalnie do 18 cykli, następnie kontynuowane jest leczenie lenalidomidem i deksametazonem.</li></ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;</li><li>2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia;</li></ol>	<p><u>Elotuzumab</u>: zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1. i 2., a następnie w dawce 20 mg/kg mc. w 1. dniu każdego kolejnego cyklu.</p> <p><u>Pomalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu, podawana co najmniej 2 godziny po zakończeniu wlewu elotuzumabu, gdy podawane są w tym samym dniu.</p> <p>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><u>Deksametazon w dniach, w których podawany jest elotuzumab</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– u pacjentów w wieku <math>\leq 75</math> lat: zalecana dawka deksametazonu: 28 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu elotuzumabu oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu elotuzumabu,</li><li>– u pacjentów w wieku <math>&gt;75</math> lat: zalecana dawka deksametazonu to 8 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu elotuzumabu oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu elotuzumabu.</li></ul> <p><u>Deksametazon w dniach, w których nie jest podawany elotuzumab</u>, a w których zaplanowane jest podanie dawki deksametazonu, tj. w dniach 8., 15. i 22. każdego cyklu od 3. cyklu:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– u pacjentów w wieku <math>\leq 75</math> lat: w dawce 40 mg doustnie,</li><li>– u pacjentów w wieku <math>&gt; 75</math> lat: w dawce 20 mg doustnie.</li></ul> <p><b>1.2.9. <i>IsaPd</i></b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p>	
---	---	--

<p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;</p> <p>8) powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy schematów zawierających leki podawane dożylnie.</p>	<p><u>Izatuksymab</u>: zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu.</p> <p><u>Pomalidomid</u>: zalecana dawka: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>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><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych &gt;75 lat) doustnie lub dożylnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>Zaleca się profilaktykę żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami.</p> <p>W przypadku leczenia daratumumabem lub inhibitorami proteasomu, przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.</p> <p><u>Leki podawane w infuzji:</u></p> <p>Przed i po infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	
--	--	--

Zmiany szybkości infuzji powinny być prowadzone zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego

W przypadku trwałego zakończenia podawania dowolnego produktu leczniczego wchodzącego w skład schematu leczenia, dalsze podawanie pozostałych produktów leczniczych zależy od decyzji lekarza.

Załącznik B.55.

**LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10: K51)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</b></p> <p>Do leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem lub filgotynibem lub ozanimodem mogą zostać włączeni pacjenci spełniający łącznie kryteria wskazane w punktach 1 i 2.</p> <p>1) wiek od 6 roku życia w przypadku infliksymabu albo wiek od 18 roku życia w przypadku wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu lub filgotynibem lub ozanimodu;</p> <p>2) pacjenci z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (ocena &gt; 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 r.ż. albo ocena ≥ 65 punktów w skali PUCAI u osób w wieku &lt; 18 r.ż.):</p> <p>a) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA)</p> <p>lub</p> <p>b) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA),</p> <p>lub</p> <p>c) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA),</p> <p>lub</p>	<p><b>1. Dawkowanie infliksymabu</b></p> <p>Dawkowanie infliksymabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>2. Dawkowanie wedolizumabu</b></p> <p>Dawkowanie wedolizumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>3. Dawkowanie tofacytynibu</b></p> <p>Dawkowanie tofacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>4. Dawkowanie ustekinumabu</b></p> <p>Dawkowanie ustekinumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem, filgotynibem oraz ozanimodem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów;</p> <p>2) aminotransferaza alaninowa;</p> <p>3) aminotransferaza asparaginianowa;</p> <p>4) kreatynina;</p> <p>5) białko C-reaktywne;</p> <p>6) badanie ogólne moczu;</p> <p>7) test Quantiferon;</p> <p>8) antygen HBS oraz przeciwciała anty-HBcAg;</p> <p>9) przeciwciała ANTY HCV;</p> <p>10) badanie w kierunku wirusa HIV (HIV AG/AB COMBO);</p> <p>11) stężenie elektrolitów w surowicy;</p> <p>12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>13) EKG z opisem;</p> <p>14) badanie endoskopowe;</p> <p>15) posiew kału w kierunku bakterii i grzybów;</p>

<p>d) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA).</p> <p>3) do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem lub filgotynibem lub ozanimodem, a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem lub filgotynibem lub ozanimodem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że:</p> <p>a) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,</p> <p>b) nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie,</p> <p>c) nie zachodzą okoliczności, o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia, gdy kończy się udział pacjenta w programie.</p> <p>4) dopuszcza się zamianę leków infliksymab albo wedolizumab albo tofacytynib albo ustekinumab albo filgotynib albo ozanimod w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4. poniżej- 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>Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>5. Dawkowanie filgotynibu</b></p> <p>Dawkowanie filgotynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>6. Dawkowanie ozanimodu</b></p> <p>Dawkowanie ozanimodu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w 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><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI;</li><li>2) ocena stopnia aktywności choroby między 6 a 14 tygodniem od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo lub w skali PUCAI;</li><li>3) morfologia krwi obwodowej;</li><li>4) CRP.</li></ol> <p>W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AIAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii albo ocenę w skali PUCAI przynajmniej co 16 tygodni.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo;</li></ol>
---	--	--

<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>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>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz w okresie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu lub</li><li>– co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu, lub</li><li>– co najmniej 4 tygodni po podaniu ostatniej dawki tofacytynibu, lub</li><li>– co najmniej 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu, lub</li><li>– co najmniej 1 tygodnia po zastosowaniu ostatniej dawki filgotynibu, lub</li><li>– co najmniej 3 miesięcy po podaniu ostatniej dawki ozanimodu.</li></ul>		<ol style="list-style-type: none"><li>2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;</li><li>3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem;</li><li>4) CRP.</li></ol> <p>W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 16 tygodni.</p> <p><b>2.3. Monitorowanie leczenia tofacytyni bem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo;</li><li>2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;</li><li>3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii lub spadku stężenia hemoglobiny);</li><li>4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, lipidogramu, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu.</li></ol> <p>W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdym kolejnych 12 tygodniach (<math>\pm</math> 2 tyg.).</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.

**2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem**

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany

wykonać w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:

- 1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
- 2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem;
- 3) CRP.

W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni.

**2.5. Monitorowanie leczenia filgotynibem**

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:

- 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo;
- 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
- 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny, bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (neutrofilii) oraz limfocytów w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii);
- 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, lipidogramu, stężenie kreatyniny w surowicy w 10 tygodniu.

<p>1) infliksymab</p> <p>a) terapia indukcyjna: 6 tygodni,</p> <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>W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdym kolejnych 12 tygodniach leczenia.</p> <p><b>2.6. Monitorowanie leczenia ozanimodem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena stopnia aktywności choroby w 5 tygodniu w częściowej skali Mayo;</li><li>2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;</li><li>3) morfologię krwi z rozmazem wraz z oznaczeniem bezwzględnej liczby limfocytów w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia (w razie potwierdzenia bezwzględnej liczby limfocytów <math>&lt;0,2 \times 10^9/l</math> należy przerwać leczenie ozanimodem do czasu, gdy stężenie limfocytów powróci do poziomu <math>&gt;0,5 \times 10^9/l</math>, wówczas można rozważyć ponowne rozpoczęcie leczenia ozanimodem);</li><li>4) stężenia aminotransferaz w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia.</li></ol> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana dłużej niż 12 miesięcy, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać nie rzadziej niż co 6 miesięcy.</p> <p><b>2.7. Optymalizacja leczenia</b></p> <p>W celu optymalizacji leczenia oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia infliksymabem, wedolizumabem, lub ustekinumabem, można wykonać oznaczenie poziomu leku przed</p>
---	--	---



## 5) filgotynib

- a) terapia indukcyjna: 10 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 10 tygodni leczenia,
- b) leczenie podtrzymujące filgotynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzana co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo;

## 6) ozanimod

- a) terapia indukcyjna: 10 tygodni,
- b) leczenie podtrzymujące ozanimodem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo.

Odpowiedź definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI.

**4. Zakończenie leczenia w programie**

Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-2.

- 1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI;
- 2) wystąpienie poważnych działań niepożądanych leczenia.

kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku.

Ponadto można wykonać oznaczanie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż cztery razy do roku w trakcie trwania leczenia.

Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.

**3. Monitorowanie programu**

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

Załącznik B.56.

**LECZENIE CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się tylko jedną linię hormonoterapii lekiem nowej generacji, jedną linię chemioterapii, jedną linię terapii inhibitorem PARP i jedną linię terapii izotopem z wykorzystaniem substancji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) apalutamid;</li> <li>2) darolutamid;</li> <li>3) enzalutamid;</li> <li>4) kabazytaksel;</li> <li>5) olaparyb;</li> <li>6) dichlorek radu Ra-223;</li> </ol> <p>W leczeniu <b>wrażliwego na kastrację</b> raka gruczołu krokowego z <b>przerzutami</b> (mHSPC) stosowany jest <b>apalutamid</b>.</p> <p>W leczeniu <b>opornego na kastrację</b> raka gruczołu krokowego <b>bez przerw</b> (nmCRPC) stosowany jest <b>apalutamid</b> albo <b>darolutamid</b> albo <b>enzalutamid</b>.</p> <p>W leczeniu <b>opornego na kastrację</b> raka gruczołu krokowego z <b>przerzutami</b> (mCRPC) stosowany jest <b>enzalutamid</b> albo <b>kabazytaksel</b> albo <b>olaparyb</b> albo <b>dichlorek radu Ra-223</b>.</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowymi antyandrogenami.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.</p> <p>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>apalutamid:</b> zalecana dawka wynosi 240 mg (cztery tabletki po 60 mg) i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.</li> <li>2) <b>darolutamid:</b> zalecana dawka wynosi 600 mg (dwie tabletki po 300 mg) przyjmowane dwa razy na dobę, co stanowi równoważność całkowitej dawki dobowej wynoszącej 1200 mg. Lek należy połykać w całości z pokarmem.</li> <li>3) <b>enzalutamid:</b> zalecana dawka wynosi 160 mg (cztery kapsułki lub tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.</li> </ol> <p>Leków hormonalnych nowej generacji nie należy</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia PSA;</li> <li>4) oznaczenie stężenia testosteronu;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny (oraz wyliczenie klirensu kreatyniny);</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>9) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej (w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223);</li> <li>10) scyntygrafia kośćca;</li> <li>11) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny w zależności od sytuacji klinicznej);</li> <li>12) tomografia komputerowa jamy brzusznej i</li> </ol>

<p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;</li> <li>2) wiek <math>\geq</math> 18 lat;</li> <li>3) stan sprawności:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 0-1 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (nmCRPC), darolutamidem, enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu)</li> <li>albo</li> <li>b) 0-2 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mCRPC po podaniu docetakselu) kabazytaksem, olaparybem, dichlorkiem radu Ra-223;</li> </ol> </li> <li>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);</li> <li>5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;</li> <li>6) nieobecność schorzeń lub stanów stanowiących przeciwwskazanie do zastosowania terapii;</li> <li>7) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</li> <li>8) brak rozpoznania raka stercza z różnicowaniem neuroendokrynnym lub raka drobnokomórkowego lub raka przewodowego.</li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.2.1. Chorych na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego o małym obciążeniu przerzutami (z ang. low volume disease) apalutamidem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stadium wrażliwości na kastrację;</li> <li>2) udokumentowane przeciwwskazania do zastosowania docetakselu;</li> </ol>	<p>stosować łącznie z docetakselem ani innymi antyandrogenami lub inhibitorami CYP17.</p> <p>W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych albo istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku hormonalnego nowej generacji, jednak nie dłużej niż o 8 tygodni.</p> <p>4) <b>olaparyb:</b> zalecana dawka wynosi 300 mg (dwie tabletki po 150 mg) dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej 600 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. Lek stosuje się w monoterapii (za wyjątkiem leczenia skojarzonego z analogiem lub antagonistą LHRH).</p> <p>W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych albo istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż o 8 tygodni.</p> <p>5) <b>dichlorek radu Ra-223:</b> lek jest podawany we wstrzyknięciach dożylnych w dawce 55 kBq na kg masy ciała, podawane w odstępach 4-tygodniowych w 6 wstrzyknięciach.</p> <p>Dawka leku nie może być modyfikowana.</p> <p>W przypadku stosowania wcześniej docetakselu lub kabazytakselu czas od zakończenia terapii powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie, a gdy pacjent wcześniej przyjmował octan abirateronu, należy zapewnić minimum 5 dniowy odstęp od rozpoczęcia leczenia dichlorkiem radu-223;</p>	<p>miednicy (w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223 albo apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13) rentgenografia klatki piersiowej w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223 albo apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC);</li> <li>14) pomiar gęstości mineralnej kości (w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223 chorych z 4-5 przerzutami do kości);</li> <li>15) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Badania obrazowe powinny być wykonane w ciągu 3 miesięcy przed włączeniem do programu.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwiać późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST lub PCWG.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (w przypadku leczenia kabazytaksem, olaparybem, Ra-223);</li> <li>2) oznaczenie stężenia bilirubiny (w przypadku leczenia kabazytaksem);</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (w przypadku leczenia kabazytaksem);</li> </ol>
--	---	--

<ol style="list-style-type: none"> <li>3) brak cech radiologicznej lub biochemicznej progresji u chorych leczonych deprywacją androgenów przed włączeniem do programu;</li> <li>4) występowanie <math>\geq 1</math> przerzutu do kości (jeśli jest ich <math>\geq 4</math> to zmiany muszą być ograniczone do kręgosłupa i miednicy) w badaniu scyntygraficznym;</li> <li>5) nieobecność przerzutów w narządach mięszzowych (dopuszczalne przerzuty w węzłach chłonnnych);</li> <li>6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie o założeniu radykalnym, w tym stosowanie hormonoterapii uzupełniającej przez maksymalnie 3 lata, o ile została zakończona co najmniej rok wcześniej;</li> <li>7) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie deprywacją androgenów (kastracja farmakologiczna lub chirurgiczna), ale nie dłużej niż 6 miesięcy na etapie choroby przerzutowej;</li> <li>8) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu;</li> <li>9) niestosowanie leków antyresorpcyjnych wpływających na metabolizm kostny (nie dotyczy leków stosowanych w leczeniu osteoporozy);</li> <li>10) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia.</li> </ol>	<p>W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych albo istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż o 4 tygodnie.</p> <p>Warunkiem podania kolejnej dawki leku w przypadku, o którym mowa powyżej jest:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) w przypadku hematotoksyczności: działanie powinno zmniejszyć się co najmniej do stopnia 2 wg CTC,</li> <li>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,</li> <li>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,</li> <li>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.</li> </ol> <p>6) <b>kabazytaksel:</b> zalecana dawka wynosi 25 mg/m<sup>2</sup> pc., podawana w 1-godzinnej infuzji dożylniej co 3 tygodnie, w skojarzeniu z doustnym prednizonem lub prednizolonem w</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (w przypadku leczenia kabazytakselem);</li> <li>5) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej (w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223);</li> <li>6) oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem);</li> <li>7) oznaczenie stężenia PSA, nie rzadziej niż co 3 miesiące, w przypadku stwierdzenia zwiększenia stężenia PSA kolejne oznaczenia należy wykonywać nie rzadziej niż co 1 miesiąc;</li> <li>8) badania obrazowe (RTG/TK/MR) w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji, nie rzadziej niż co 6 miesięcy;</li> <li>9) scyntygrafia nie rzadziej niż co 6 miesięcy;</li> <li>10) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej.</li> </ol> <p>Badania laboratoryjne wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– badania krwi regularnie co 2-3 miesiące, również przy braku wskazań klinicznych;</li> <li>– przed podaniem każdej dawki leku w przypadku leczenia kabazytakselem albo dichlorkiem radu Ra-223 oraz jednorazowo w okresie 4-8 tygodni od momentu podania ostatniej dawki dichlorku radu Ra-223;</li> <li>– morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu</li> </ul>
<p><b>1.2.2. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;</li> <li>2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA &gt;2 ng/ml;</li> <li>3) brak przerzutów odległych (cecha M0, dopuszczalne są jedynie przerzuty w węzłach chłonnnych poniżej rozwidlenia aorty o ile w krótkim wymiarze mają</li> </ol>		

<p>mniej niż 2 cm – cecha N1) na podstawie scyntygrafii kości oraz tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego lub rentgenografii klatki piersiowej;</p> <p>4) wysokie ryzyko rozwoju przerzutów, zdefiniowane jako czas podwojenia stężenia PSA (PSA doubling time – PSA DT) <math>\leq 10</math> miesięcy;</p> <p>5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu;</p> <p>6) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem).</p> <p><b>1.2.3. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami enzalutamidem przed zastosowaniem docetakselu (gdy zastosowanie chemioterapii nie jest wskazane klinicznie) lub po zastosowaniu docetakselu</b></p> <p>1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;</p> <p>2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA <math>&gt;2</math> ng/ml, lub progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;</p> <p>3) przed zastosowaniem chemioterapii niestosowanie opioidów z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości);</p> <p>4) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu.</p>	<p>dawce 10 mg, podawanym codziennie podczas leczenia.</p> <p>Czas od zakończenia chemioterapii z udziałem docetakselu powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;</p> <p>W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych albo istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż o 4 tygodnie.</p> <p>Premedykacja: w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia i nasilenia reakcji nadwrażliwości, zalecany schemat premedykacji powinien być wykonany przynajmniej 30 minut przed każdym podaniem leku kabazytaksel poprzez dożylnie podanie następujących produktów leczniczych:</p> <p>a) lek przeciwhistaminowy (5 mg dekschlorfenyraminy lub 25 mg difenhydraminy albo lek o równoważnej sile działania),</p> <p>b) kortykosteroid (8 mg deksametazonu albo lek o równoważnej sile działania) oraz antagonistą receptora H<sub>2</sub> (ranitydyna albo lek o równoważnej sile działania).</p>	<p>kreatyniny nie rzadziej niż co 1 miesiąc (w przypadku leczenia olaparybem).</p> <p>Badania oceniające odpowiedź powinny być wykonywane zawsze przy klinicznym podejrzeniu progresji.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (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>
--	--	---

**1.2.4. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami kabazytakselem (leczonych wcześniej docetakselem)**

- 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej) u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;
- 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml,  
lub  
progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;
- 3) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT) nie większa niż 1,5-krotna wartość górnego zakresu normy, a w przypadku niespełnienia tego kryterium konieczne jest zmniejszenie dawki zgodnie z zapisami ChPL;
- 4) stężenie bilirubiny całkowitej w granicach normy, a w przypadku gdy stężenie bilirubiny przekracza wartość górnego zakresu normy, ale nie jest większe niż 3-krotna wartość górnego zakresu normy, konieczne jest zmniejszenie dawki zgodnie z zapisami ChPL; nie wolno stosować leku, gdy stężenie bilirubiny przekracza 3-krotną wartość górnego zakresu normy.

**1.2.5. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami olaparybem**

- 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;
- 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie

<p>PSA &gt;2 ng/ml</p> <p>lub</p> <p>progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;</p> <p>3) progresja choroby podczas terapii lekiem hormonalnym nowej generacji (możliwe wcześniejsze zastosowanie docetakselu lub kabazytakselu przed lub po leku hormonalnym nowej generacji, o ile stwierdzono nieskuteczność chemioterapii);</p> <p>4) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie <i>BRCA1</i> lub <i>BRCA2</i>;</p> <p>5) u chorych z klirensiem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej;</p> <p><b>1.2.6. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami dichlorkiem radu Ra-223</b></p> <p>1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;</p> <p>2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA &gt;2 ng/ml,</p> <p>lub</p> <p>progresja zmian w układzie kostnym w badaniach obrazowych;</p> <p>3) progresja po uprzednim zastosowaniu co najmniej dwóch linii terapii systemowej z powodu mCRPC (innych niż deprywacja androgenowa) lub u chorych, u których niemożliwe jest (udokumentowane medycznie)</p>		
--	--	--

<p>zastosowanie dwóch linii systemowego leczenia przyczynowego (nowoczesna hormonoterapia lub chemioterapia).</p> <p>4) potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności co najmniej 6 przerzutów do kości (w szczególnych przypadkach lekarz może podjąć decyzję o włączeniu tej terapii u pacjenta z liczbą przerzutów 4-5, jeżeli cechy choroby przemawiają za dużą szansą pozytywnego działania tej terapii po ocenie stanu kości (scyntygrafia, pomiarem gęstości mineralnej kości) oraz ocenie ryzyka złamań;</p> <p>5) nieobecność przerzutów do narządów wewnętrznych z wyjątkiem przerzutów do węzłów chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej;</p> <p>6) u chorych otrzymujących wcześniej chemioterapię lub olaparyb ustąpienie klinicznie istotnych działań niepożądanych stanowiących przeciwskazanie do terapii dichlorkiem radu-223;</p> <p>7) bóle kostne wymagające:</p> <p>a) stałego stosowania leków przeciwbólowych, w sposób zgodny z zasadami postępowania w leczeniu bólu pochodzenia nowotworowego,</p> <p>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>8) niestosowanie wcześniej leczenia z wykorzystaniem strontu-89, samaru-153, renu-186 lub renu-188 w okresie 24 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223;</p> <p>9) niestosowanie jednocześnie innego systemowego leczenia przeciwnowotworowego z wyjątkiem farmakologicznego leczenia kastracyjnego (analogiem lub antagonistą LHRH);</p> <p>10) nieobecność kompresji rdzenia kręgowego potwierdzonej badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, wymagającej zaopatrzenia miejscowego lub radioterapii (leczenie może zostać podjęte po zakończeniu skutecznego leczenia miejscowego);</p>		
--	--	--



11) nieobecność jakiegokolwiek z następujących schorzeń współistniejących:

- a) niekontrolowana infekcja,
- b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA,
- c) choroba Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- d) zespół mielodysplastyczny,
- e) problemy z utrzymaniem stolca;

## 2. Czas leczenia w programie

- 1) w przypadku zastosowania apalutamidu albo darolutamidu albo enzalutamidu albo kabazytakselu albo olaparybu leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) w przypadku zastosowania dichloru radu Ra-223 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 3 zostanie podjęta decyzja o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:
  - a) progresji choroby określonej na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec najniższej wartości osiągniętej w trakcie terapii (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml, chyba że lekarz prowadzący uzna, że leczenie przynosi udokumentowaną korzyść kliniczną i nieuzasadnione jest (albo niemożliwe) zastosowanie terapii kolejnej linii,
  - lub
  - a) progresji choroby ustalonej na podstawie aktualnej klasyfikacji RECIST (dla zmian w tkankach miękkich) lub PCWG (dla zmian w układzie

<p>kostnym);</p> <p>2) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności:</p> <p>a) do stopnia 2-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (nmCRPC), darolutamidem, enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu),</p> <p>albo</p> <p>b) do stopnia 3-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mCRPC po podaniu docetakselu) kabazytaksem, olaparybem, dichlorkiem radu Ra-223;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancje pomocnicze;</p> <p>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</p> <p>6) klinicznie istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku;</p> <p>7) rozpoczęcie nowego leczenia z zastosowaniem innego preparatu radioizotopowego, z wyjątkiem zastosowania radioterapii paliatywnej na pojedyncze ogniska przerzutowe (w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223);</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p> <p>4. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia tym samym lekiem pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego.</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><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></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"> <li>1) Wiek od 18 roku życia;</li> <li>2) Pacjenci po przebytych niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu, udokumentowanym wypisem ze szpitala;</li> <li>3) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny górnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS <math>\geq 2</math>) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej;</li> <li>4) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny dolnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS <math>\geq 2</math>) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej;</li> <li>5) Pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej;</li> <li>6) Brak przeciwwskazań do leczenia wymienionych w</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie Botulinum A toxin <math>\bar{a}</math> 100 j. (Botox), Botulinum A toxin <math>\bar{a}</math> 500 j. i Botulinum A toxin <math>\bar{a}</math> 300 j. (Dysport) oraz Botulinum A toxin <math>\bar{a}</math> 100 j. (Xeomin)</b></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"> <li>a) Botox: 600 j. (tylko kończyna górna – 350 j., tylko kończyna dolna – 300 j. do 400 j.),</li> <li>b) Dysport: 1500 j. (tylko kończyna górna – 1100 j., tylko kończyna dolna – 1500 j.),</li> <li>c) Xeomin: 500 j. (tylko kończyna górna).</li> </ol> <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><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie neurologiczne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS,</li> <li>b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych),</li> <li>c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;</li> </ol> </li> <li>2) U pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR <math>\leq 2,5</math>).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Podczas wizyt kontrolnych przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania</li> </ol>

<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><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></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><b>3. Podawanie leku w ramach programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>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.</li></ol> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></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"><li>2) Ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzana za pomocą skali CGI-IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale);</li><li>3) Test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych);</li><li>4) Ocenę spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS;</li><li>5) Ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością.</li></ol> <p>W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) 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;</li><li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo–rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
---	--	---

<ol style="list-style-type: none"><li>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 <math>\geq 1</math> punkt w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS względem wartości wyjściowych;</li><li>2) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li><li>3) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;</li><li>4) Utrwalony przykurcz kończyny górnej i/lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie;</li><li>5) Ciężkie zaburzenia połykania i oddychania;</li><li>6) Cięża lub karmienie piersią;</li><li>7) Potwierdzenie miastonii lub zespołu miastenicznego;</li><li>8) Wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku;</li><li>9) Wszczepienie pompy baklofenowej;</li><li>10) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo–mięśniową (np. aminoglikozydy);</li><li>11) Powstanie oporności na lek.</li></ol>		
---	--	--

Załącznik B.58.

## LECZENIE CHORYCH NA RAKA PRZĘŁYKU, POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO I ŻOŁĄDKA (ICD-10: C15-C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<b>LECZENIE RAKA PRZĘŁYKU I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO</b>		
<p><b>Indeks wykorzystanych skrótów:</b>            AEG - ang. <i>adenocarcinoma of the esophagogastric junction</i>, gruczolakorak połączenia żołądkowo-przełykowego            EAC - ang. <i>esophageal adenocarcinoma</i>, gruczolakorak przełyku            ESCC - ang. <i>esophageal squamous cell carcinoma</i>, płaskonabłonkowy rak przełyku</p>		
<p>W programie finansuje się leczenie uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego lub jedną z dwóch linii leczenia zaawansowanego raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>pembrolizumab</i>;</li> <li>2) <i>niwolumab</i>;</li> <li>3) <i>ipilimumab</i>.</li> </ol> <p>Leczenie <b>uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego</b> obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie adiuwantowe <i>niwolumabem</i> w <b>monoterapii</b> dorosłych pacjentów z rakiem przełyku (płaskonabłonkowym lub gruczolowym) lub połączenia żołądkowo-przełykowego, z</li> </ol>	<p><b>1. Modyfikacja dawkowania</b>            Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).            Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.</p> <p><b>2. Dawkowanie</b>  <b>2.1. pembrolizumab</b>            Zalecana dawka <i>pembrolizumabu</i>: <b>200 mg co 3 tygodnie</b> lub <b>400 mg co 6 tygodni</b>.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia określonego typu raka przełyku lub połączenia przełykowo-żołądkowego zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;</li> <li>2) stwierdzenie choroby resztkowej <math>\geq</math> ypT1 lub <math>\geq</math> ypN1 po zabiegu chirurgicznym R0 – dotyczy leczenia uzupełniające <i>niwolumabem</i> w monoterapii;</li> <li>3) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 – dotyczy leczenia chorych na gruczolakoraka <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią oraz <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią;</li> <li>4) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score):</li> </ol>

<p>chorobą resztkową, po wcześniejszej chemioradioterapii neoadiuwantowej.</p> <p>U pacjentów kwalifikowanych do leczenia wymagane jest wcześniejsze zastosowanie chemioradioterapii w leczeniu neoadiuwantowym oraz przeprowadzenie resekcji chirurgicznej (R0), wykonanej nie wcześniej niż 16 tygodni przed włączeniem do programu.</p> <p>Leczenie <b>zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku (ESCC)</b> obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <b>chemioterapią</b> zawierającą <i>fluoropirymidynę</i> i <b>pochodną platyny</b> albo z <i>ipilimumabem</i> dorosłych pacjentów z zaawansowanym nieoperacyjnym, nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem przełyku z ekspresją PDL-1 <math>\geq 1\%</math> (I linia leczenia).</li> </ol> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) leczenie <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z <b>chemioterapią</b> zawierającą <b>pochodną platyny</b> i <i>fluoropirymidynę</i> dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym płaskonabłonkowym rakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami z ekspresją PDL-1 wg skali CPS <math>\geq 10</math> (I linia leczenia).</li> </ol> <p>Do leczenia <i>pembrolizumabem</i> kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku nieoperacyjnego lub z</p>	<p>Dawkowanie <b>chemioterapii</b> stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.</p> <p><b>2.2. niwolumab w monoterapii</b></p> <p>Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> w ESCC: <b>240 mg co 2 tygodnie</b>.</p> <p>Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> w leczeniu uzupełniającym: <b>240 mg co 2 tygodnie</b> lub <b>480 mg co 4 tygodnie przez pierwsze 16 tygodni</b>, a następnie <b>480 mg co 4 tygodnie</b>.</p> <p><b>2.3. niwolumab w skojarzeniu z chemioterapią</b></p> <p>Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> w EAC: <b>360 mg co 3 tygodnie</b> lub <b>240 mg co 2 tygodnie</b>.</p> <p>Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> w ESCC: <b>240 mg co 2 tygodnie</b> lub <b>480 mg co 4 tygodnie</b></p> <p>Dawkowanie <b>chemioterapii</b> opartej na <i>fluoropirymidynie</i> (5FU) i pochodnej <i>platyny</i> w leczeniu skojarzonym z <i>niwolumabem</i> prowadzone jest zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.</p> <p>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia <i>niwolumabem</i>.</p> <p><b>2.4. niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem</b></p>	<p>– <math>\geq 5</math> w przypadku leczenia EAC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią,</p> <p>– <math>\geq 10</math> w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg TPS (tumor proportion score) <math>\geq 1\%</math> - dotyczy leczenia ESCC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>;</li> <li>6) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>7) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>8) oznaczanie stężenia glukozy;</li> <li>9) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;</li> <li>10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>12) oznaczenie poziomu sodu, potasu – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li> <li>13) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia <i>pembrolizumabem</i>;</li> <li>14) oznaczenie poziomu FT4 i TSH;</li> <li>15) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</li> <li>16) elektrokardiografia (EKG) – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li> <li>17) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów (tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej);</li> <li>18) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p>
--	--	---



<p>przerzutami, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).</p> <p>3) leczenie <b>niwolumabem</b> w monoterapii dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym zaawansowanym, nawracającym lub przerzutowym rakiem płaskonabłonkowym przełyku, którzy wcześniej otrzymywali chemioterapię opartą na pochodnych platyny w skojarzeniu z <i>fluoropirymidyną</i> (II linia leczenia).</p> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej <i>platyny</i> i <i>fluoropirymidynie</i>:</p> <p>a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia</p> <p>lub</p> <p>b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii.</p> <p>Stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie.</p> <p><b>Leczenie zaawansowanego gruczolakoraka przełyku (EAC) lub połączenia żołądkowo-przełykowego (AEG) obejmuje:</b></p> <p>1) leczenie <b>niwolumabem</b> w skojarzeniu z chemioterapią skojarzoną opartą na <i>fluoropirymidynie</i> (<i>5FU</i>) i pochodnej <i>platyny</i> (<i>oksaliplatynie</i> lub <i>kapecytabinie</i> - według schematu <b>CAPOX</b> lub <b>FOLFOX</b>) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem przełyku z ekspresją PD-L1 wg skali CPS <math>\geq</math> 5 (I linia leczenia).</p>	<p>Zalecana dawka <b>niwolumabu</b> w skojarzeniu z <b>ipilimumabem</b>: <b>3 mg/kg mc. co 2 tygodnie</b> lub <b>360 mg co 3 tygodnie</b>.</p> <p>Zalecana dawka <b>ipilimumabu</b>: <b>1 mg/kg mc. co 6 tygodni</b>.</p> <p>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania <i>ipilimumabu</i> możliwe jest odstawienie <i>ipilimumabu</i> i kontynuowanie leczenia <i>niwolumabem</i> w monoterapii.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi;</li><li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>3) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>7) oznaczenie stężenia sodu i potasu – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia <i>pembrolizumabem</i>;</li><li>9) oznaczenie wolnej T4 i TSH;</li><li>10) EKG – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>.</li></ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjent w przypadku leczenia ESCC lub EAC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>,</li><li>– nie rzadziej niż co 8 tyg. w zależności od sytuacji klinicznej w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w monoterapii (leczenie uzupełniające i leczenie ESCC),</li><li>– przed każdym podaniem <i>ipilimumabu</i>,</li><li>– u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z <i>niwolumabem</i>, badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną,</li><li>– przed każdym podaniem chemioterapii stosowanej w terapii skojarzonej z <i>pembrolizumabem</i> należy wykonać badania wymienione w ppkt 1), 2), 4), 5), 6), 8),</li></ul>
--	--	---

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

- 2) leczenie **pembrolizumabem** w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą **pochodną platyny i fluoropirymidynę** dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym gruczolakorakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami, lub z HER-2 ujemnym gruczolakorakiem połączenia przełykowo-żołądkowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS  $\geq 10$  (I linia leczenia).

Do leczenia **pembrolizumabem** kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego gruczolakoraka przełyku nieoperacyjnego lub z przerzutami, lub HER-2 ujemnego zaawansowanego lub z przerzutami gruczolakoraka połączenia przełykowo-żołądkowego typu I wg klasyfikacji Siewerta, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii u danego pacjenta z wykorzystaniem *niwolumabu* albo *pembrolizumabu*.

### 1. Kryteria kwalifikacji

- 1) wiek 18 lat i powyżej;

- nie rzadziej niż 6 tygodni należy wykonać badanie wymienione w ppkt 9) w przypadku leczenia *pembrolizumabem*.

### 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej lub inne w zależności od sytuacji klinicznej.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników w skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

### 4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie

<p>2) histologicznie potwierdzony:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- rak przełyku (płaskonabłonkowy lub gruczołowy) lub połączenia żołądkowo-przełykowego bez przerzutów odległych z chorobą ocenioną mikroskopowo <math>\geq</math> ypT1 lub <math>\geq</math> ypN1 - dotyczy leczenia uzupełniającego <i>niwolumabem</i> w monoterapii,</li><li>- rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym o zaawansowaniu lokoregionalnym - dotyczy leczenia <i>ESCC niwolumabem</i> w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>,</li><li>- płaskonabłonkowy lub gruczołowy rak przełyku miejscowo zaawansowany nieoperacyjny lub z przerzutami, lub gruczołowy HER-2 ujemny zaawansowany lub z przerzutami rak połączenia przełykowo-żołądkowego typu I wg klasyfikacji Siewerta - dotyczy leczenia <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią,</li><li>- gruczolakorak przełyku nieoperacyjny miejscowo zaawansowany lub przerzutowy - dotyczy leczenia <i>EAC niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią;</li></ul> <p>3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <math>\geq 5</math> w przypadku leczenia <i>EAC niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią,</li><li>- <math>\geq 10</math> w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią;</li></ul> <p>4) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg TPS (tumor proportion score) <math>\geq 1</math> % - dotyczy leczenia <i>ESCC</i></p>		<p>danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

<p><i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>;</p> <p>5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – dotyczy leczenia EAC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią oraz leczenia EAC lub AEG <i>pembrolizumabem</i>;</p> <p>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</p> <p>7) sprawność w stopniu 0-1 według skali ECOG;</p> <p>8) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>11) nieobecność objawowych przerzutów do OUN;</p> <p>12) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego;</p> <p>13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;</p> <p>14) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>15) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;</p>		
---	--	--

<p>16) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Czas leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie <i>niwolumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p>W przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią (ESCC albo EAC) albo <i>ipilimumabem</i> (ESCC) u pacjentów bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie <i>niwolumabem</i> trwa maksymalnie 24 miesiące.</p> <p>W przypadku leczenia uzupełniającego (adiuwantowego) <i>niwolumabem</i> w monoterapii leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy.</p> <p>Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– 12 tygodni w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>,</li><li>– 8 tygodni w przypadku leczenia uzupełniającego <i>niwolumabem</i> w monoterapii,</li><li>– 6 tygodni w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i>.</li></ul> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p>		
---	--	--

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;</li> <li>2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</li> <li>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li> <li>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li> <li>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li> <li>6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;</li> <li>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</li> <li>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</li> </ol>		
<b>LECZENIE RAKA ŻOŁĄDKA I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘLYKOWEGO</b>		
<p>W programie finansuje się trzy linie leczenia zaawansowanego raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>niwolumab</i>;</li> <li>2) <i>ramucyrumab</i>;</li> <li>3) <i>triflurydyna z typiracylem</i>.</li> </ol>	<p><b>1. Modyfikacja dawkowania</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania ogólne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia gruczolakoraka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> </ol>

Leczenie zaawansowanego gruczolakoraka raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego obejmuje:

1) leczenie *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią skojarzoną opartą na *fluoropirymidynie (5FU)* i pochodnej *platyny (oksalipatynie* lub *kapecytabinie* - według schematu *CAPOX* lub *FOLFOX*) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS  $\geq 5$  (I linia leczenia).

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

2) leczenie *ramucyrumabem* w skojarzeniu z *paklitakselem* w przypadku pacjentów, u których wykazano progresję choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi *platyny* i *fluoropirymidyną* (II linia leczenia).

Do leczenia *ramucyrumabem* kwalifikowani są pacjenci z udokumentowaną obiektywną radiologiczną lub kliniczną progresją choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi *platyny* i *fluoropirymidyną*.

3) leczenie *triflurydyną* z *typiracylem* pacjentów z gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego w stadium uogólnionym (obecność przerzutów w narządach odległych), u których udokumentowano nieskuteczność dwóch wcześniejszych standardowych schematów leczenia choroby zaawansowanej, w tym

Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.

## 2. Dawkowanie

### 2.1. niwolumab

Zalecana dawka *niwolumabu*: **360 mg co 3 tygodnie** lub **240 mg co 2 tygodnie**.

Dawkowanie chemioterapii opartej na *fluoropirymidynie (5FU)* i pochodnej *platyny (oksalipatynie* lub *kapecytabinie* - według schematu *CAPOX* lub *FOLFOX*) stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.

W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia *niwolumabem*.

### 2.2. ramucyrumab

Dawka *ramucyrumabu*: **8 mg/kg**, podawana przed *paklitakselem* w **1. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni**.

Dawka *paklitakselu*: **80 mg/m<sup>2</sup>**, podawana we wlewie dożylnym w **1., 8. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni**.

Przed podaniem *ramucyrumabu* we wlewie zaleca się premedykację antagonistą receptora histaminowego H1 (na przykład difenhydraminą). W przypadku wystąpienia u pacjenta reakcji nadwrażliwości, postępowanie,

- 3) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 7) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;
- 8) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian i wskazań klinicznych;
- 9) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy;
- 10) elektrokardiografia (EKG);
- 11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

### 1.2. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia *niwolumabem*:

- 1) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2;
- 2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg skali CPS (combined positive score)  $\geq 5$ ;
- 3) oznaczenie stężenia glukozy;
- 4) oznaczenie poziomu sodu, potasu;
- 5) oznaczenie poziomu fT4 i TSH.

### 1.3. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia *ramucyrumabem*:

- 1) oznaczenie czasu protrombinowego lub INR;
- 2) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);
- 3) badanie ogólne moczu (jeśli w wyniku badania stwierdza się obecność białka na co najmniej 2+ należy zlecić 24-godzinną zbiórkę moczu);

<p>obejmujących <i>fluoropirymidynę, platynę i taksany</i> lub <i>irynotekan</i> (III linia leczenia).</p> <p>Ponadto, w przypadku pacjentów kwalifikujących się do leczenia <i>triflurydyną z typiracylem</i>, z potwierdzoną nadekspresją receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego wymagana jest wcześniejsza terapia anty-HER2.</p> <p>W programie istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii z wykorzystaniem <i>niwolumabu</i>.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li><li>2) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka lub połączenia przelykowo-żołądkowego;</li><li>3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score) <math>\geq 5</math> – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>5) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca - dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</li><li>7) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;</li><li>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</li></ol>	<p>w tym modyfikacja premedykacji, powinno być zgodne z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Premedykacja przed podaniem <i>paklitakselu</i> powinna być zgodna z lokalną praktyką kliniczną.</p> <p><b>2.3. triflurydyna z typiracylem</b></p> <p>Dawka <i>triflurydyny z typiracylem</i>: <b>35 mg/m<sup>2</sup> pc./dawkę</b> dwa razy na dobę <b>od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu.</b></p> <p>Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p>4) pomiar ciśnienia tętniczego.</p> <p><b>1.4. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia <i>triflurydyną z typiracylem</i>:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie ogólne moczu.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>6) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>7) oznaczenie poziomu sodu i potasu – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>8) oznaczenie poziomu fT4 i TSH – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>9) badanie parametrów układu krzepnięcia w razie wskazań klinicznych – dotyczy leczenia <i>ramucyrumabem</i>;</li><li>10) EKG w razie wskazań klinicznych;</li><li>11) badanie ogólne moczu – dotyczy leczenia <i>triflurydyną z typiracylem</i></li></ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i>,</li><li>– przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia <i>ramucyrumabem</i>,</li></ul>
---	---	---



- 9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
- 10) nieobecność objawowych przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *triflurydyną z typiracylem*;
- 11) nieobecność przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *ramucyrumabem*;
- 12) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;
- 13) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego – dotyczy leczenia *niwolumabem*;
- 14) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
- 15) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
- 16) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

## 2. Czas leczenia

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

- przed każdym cyklem podania *triflurydyny* w skojarzeniu z *typiracylem*,
- u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem* badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną,
- dodatkowo przed podaniem każdej dawki *paklitakselu* badania w ppkt. 1), 3), 4) i 5),
- dodatkowo każdorazowo należy wykonać pomiar ciśnienia tętniczego w przypadku leczenia *ramucyrumabem*.

## 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy, tomografia komputerowa lub RTG klatki piersiowej lub inne badania w razie wskazań klinicznych.

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

Badania wykonuje się:

- nie rzadziej niż co 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem*,
- nie rzadziej niż co 8 tygodni (lub przed zakończeniem co drugiego kursu jeśli leczenie było czasowo przerwane) w przypadku leczenia *ramucyrumabem*,
- nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu

W przypadku leczenia *niwolumabem*, u chorych bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie *niwolumabem* trwa maksymalnie 24 miesiące.

Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić:

- 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem*;
- 8 tygodni w przypadku leczenia *ramucyrumabem* lub *triflurydyną z typiracylem*.

### 3. Kryteria wyłączenia

- 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST (w przypadku *niwolumabu*, w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni);
- 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych

leczenia) w przypadku leczenia *triflurydyną z typiracylem*.

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

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

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

### 4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

<p>oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p> <p><b>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</li><li>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</li><li>3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;</li><li>4) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;</li><li>4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.</li></ol>
---	--	---

Załącznik B.59.

**LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10: C43)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem</b></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"> <li>- brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anti-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu) oraz</li> <li>i. brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry, albo</li> <li>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;</li> </ul> <p>2) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;</p>	<p><b>1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem</b></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"> <li>1) innym przeciwciałem monoklonalnym (wyjątek stanowi skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem);</li> <li>2) inhibitorem kinazy BRAF;</li> <li>3) inhibitorem kinazy MEK.</li> </ol> <p><b>2. Dawkowanie wemurafenibu oraz kobimetynibu</b></p> <p>Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <p><b>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</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie czerniaka;</li> <li>2) diagnostyka obrazowa: RTG, PET-TK, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze);</li> <li>3) pomiar masy ciała;</li> <li>4) pełne badanie przedmiotowe;</li> <li>5) ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>6) ocena obecności mutacji BRAF V600;</li> <li>7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>8) elektrokardiogram (EKG);</li> <li>9) badania laboratoryjne:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek,</li> <li>b) parametry biochemiczne surowicy: amylaza, aminotransferazy (ALT/AST), bilirubina (związana i</li> </ol> </li> </ol>

<p>3) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;</p> <p>4) wiek <math>\geq</math> 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><b>1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem</b></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><b>3. Dawkowanie dabrafenibu oraz trametynibu</b></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><b>4. Dawkowanie enkorafenibu z binimetynibem</b></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><b>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</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia;</li> <li>2) ocena obecności mutacji BRAF V600;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>7) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu);</li> <li>10) elektrokardiogram (EKG);</li> <li>11) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);</li> <li>12) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu;</li> <li>14) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy;</li> </ol>
--	--	--

- 2) rozpoczynanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;
- 3) wiek  $\geq 18$  lat;
- 4) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;
- 5) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;
- 7) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

### **1.3. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem**

- 1) rozpoznanie czerniaka skóry w stopniu zaawansowania IIIA z przerzutami powyżej 1mm, IIIB, IIIC lub IIID – na podstawie klasyfikacji AJCC, 8. edycji z 2017 roku;
- 2) wykonana całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego); czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni;
- 3) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;
- 4) wiek  $\geq 18$  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  $\geq 18$  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  $\leq 500$  ms;

c) w przypadku chorych leczonych przynajmniej 24 miesiące w programie i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji.

2) badania laboratoryjne: pełna morfologia krwi z rozmazem oraz liczbą płytek, parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej  $> 1,5$  GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. Zaleca się, aby wszystkie próbki do badań laboratoryjnych były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku. Badania laboratoryjne wykonuje się:

a) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: co 6-12 tygodni;

3) pomiar masy ciała;

4) pełne badanie przedmiotowe;

5) ocena sprawności w skali ECOG;

6) ocena zdarzeń niepożądanych.

Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz 4 miesiące po podaniu ostatniej dawki niwolumabu, lub niwolumabu skojarzonego z ipilimumabem, lub pembrolizumabu.

**2.2. Monitorowanie terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**

<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><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p><b>2.1. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem</b></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"><li>1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach,</li><li>2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku,</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena odpowiedzi według kryteriów RECIST przy pomocy badania tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 14-18 tygodni; w przypadku chorych leczonych przynajmniej 24 miesiące w programie i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;</li><li>2) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN co 8-14 tygodni;</li><li>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;</li><li>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);</li><li>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;</li><li>6) badania morfologii i biochemii krwi według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych nie rzadziej niż co 8-10 tygodni;</li><li>7) pomiar temperatury ciała pacjenta podczas każdej wizyty i wywiad od pacjenta w kierunku występowania gorączek;</li><li>8) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych;</li></ol>
---	--	---



<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><b>2.2. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka</b></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><b>2.3. Określenie czasu leczenia skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka</b></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><b>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</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p><b>3.1. Kryteria wyłączenia z leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub z terapii skojarzonej niwolumabem z</b></p>		<p>9) badanie okulistyczne, w tym dna oka, jedynie w przypadku występowania klinicznych wskazań.</p> <p><b>3. Kontrola „follow-up” pacjentów, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone</b></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"><li>a) ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych;</li><li>b) badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych;</li><li>c) dermatoskopia nowych zmian skórnych;</li><li>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;</li><li>e) scyntygrafia kości w przypadku bólu kości lub wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy);</li><li>f) zachęcanie pacjentów do samokontroli okolicy operowanej i regionu splotu chłonnego.</li></ul> <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"><li>a) ocena miejscowa, regionalna w badaniu przedmiotowym;</li><li>b) dermatoskopia nowych zmian;</li></ul>
---	--	--

**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  $\leq 10$  mg prednizonu na dobę lub dawki równoważnej w ciągu 12 tygodni;
- 5) istotne pogorszenie jakości życia według oceny lekarza lub pacjenta;
- 6) objawy toksyczności związane z leczeniem nie ulegają poprawie do stopnia 0-1 w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki pembrolizumabu lub niwolumabu;
- 7) wystąpienie toksyczności zagrażającej życiu (w stopniu 4) z wyjątkiem endokrynopatii kontrolowanych suplementacją hormonalną;
- 8) wystąpienie toksyczności pochodzenia immunologicznego takich jak:
  - a) zapalenie płuc stopnia 3 lub 4 lub nawracające stopnia 2,
  - b) zapalenie jelita grubego stopnia 4,
  - c) zapalenie nerek stopnia 3 lub 4 ze stężeniami kreatyniny 3 razy powyżej GGN,
  - d) zapalenie wątroby stopnia 3 lub 4 związane ze:
    - i. wzrostem ALT lub AST 5 razy powyżej GGN lub stężenia bilirubiny całkowitej 3 razy powyżej GGN,
    - ii. u pacjentów z przerzutami do wątroby, którzy rozpoczynają leczenie z umiarkowanym wzrostem (stopień 2) AST lub ALT jeżeli AST lub ALT rośnie

c) kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej  $> 1,5$  GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4.

**4. Monitorowanie programu**

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

50% powyżej w stosunku do wartości wyjściowych i trwa 1 tydzień lub dłużej;

- 9) wystąpienie po raz drugi epizodu toksyczności stopnia 3 lub 4;
- 10) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 4 miesiące po jego zakończeniu;
- 11) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.

### **3.2. Kryteria wyłączenia z terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**

- 1) kliniczna lub potwierdzona obrazowo wznowa choroby;
- 2) toksyczność leczenia z wystąpieniem przynajmniej jednego niepożądanego działania będącego zagrożeniem życia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria);
- 3) utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność 3 i wyższych stopni według kryteriów CTC z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry;
- 4) nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze;
- 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;
- 6) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie;
- 7) ciąża lub wystąpienie innych stanów, które w opinii lekarza uniemożliwiają kontynuowanie leczenia.

### **3.3. Kryteria wyłączenia z terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**

- 1) kliniczna lub potwierdzona obrazowo progresja choroby;
- 2) utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry;
- 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;
- 4) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;
- 5) nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze;
- 6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na leczenie.

#### **4. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii**

Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapią skojarzoną niwolumabu z ipilimumabem, lub terapią niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, lub terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną enkorafenibem z binimetynibem, w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1. oraz nie spełniają 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 CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ (ICD-10: E72.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. do leczenia systemowego cystynozy nefropatycznej cysteaminą w postaci doustnej</b></p> <p>1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej &gt; 1 nmol/mg białka komórkowego;</p> <p>2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz).</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. do leczenia miejscowego cystynozy nefropatycznej z towarzyszącym odkładaniem się kryształków cystyny w rogówce oka cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu</b></p> <p>1) aktualnie lub w wywiadzie stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej &gt; 1 nmol/mg białka komórkowego;</p>	<p><b>1. Dawkowanie cysteaminą w postaci doustnej</b></p> <p>Zalecana dawka dobową cysteaminą u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m<sup>2</sup> powierzchni ciała /dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobową leku wynosi 2 g. Preparat podaje się doustnie, cztery razy na dobę, w równych dawkach podzielonych co 6 h. Dawka początkowa powinna stanowić 1/4 do 1/6 zalecanej dawki i być stopniowo zwiększana przez okres 4-6 tygodni, w celu uniknięcia nietolerancji preparatu. W przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, dopuszcza się zwiększenie w/w dawki leku, ale nie przekraczającej 1,95 g/m<sup>2</sup> powierzchni ciała/dobę.</p> <p><b>2. Dawkowanie cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu</b></p> <p>Zalecana dawka to jedna kropla zakraplana do każdego oka 4 razy na dobę w godzinach dziennych. Pomiędzy każdym zakraplaniem zaleca się zachować 4 godziny odstępu.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu, kwasu moczowego, białka całkowitego, albumin, transaminaz (ASPART, ALAT) w surowicy krwi na czczo;</p> <p>4) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR&lt;60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki);</p> <p>5) gazometria krwi żyłnej;</p> <p>6) badanie ogólne moczu;</p> <p>7) stężenie TSH, fT4;</p> <p>8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała;</p> <p>9) USG jamy brzusznej;</p> <p>10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR;</p> <p>11) konsultacja neurologiczna;</p> <p>12) konsultacja endokrynologiczna;</p>

<p>2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz);</p> <p>3) zidentyfikowanie kryształków cystyny w badaniu przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym;</p> <p>4) wiek <math>\geq 2</math> lat.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Leczenie miejscowe cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu może być stosowane jednocześnie z leczeniem systemowym cysteaminą w postaci doustnej.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze;</p> <p>2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie;</p> <p>3) nadwrażliwość na penicylaminę;</p>	<p>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego dawkę można stopniowo zmniejszać (do minimalnej całkowitej dobowej dawki równej 1 kropli zakraplanej do każdego oka) w zależności od wyników badań okulistycznych (np. odkładanie się kryształków cystyny w rogówce, nadwrażliwość na światło).</p>	<p>13) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów &gt; 10 r.ż.;</p> <p>14) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym);</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Raz na 90 dni:</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu w surowicy krwi na czczo;</p> <p>3) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR &lt; 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki);</p> <p>4) gazometria krwi żyłnej;</p> <p>5) badanie ogólne moczu;</p> <p>6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała;</p> <p>7) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR.</p> <p><b>2.2. Raz na 180 dni:</b></p> <p>1) stężenie TSH, fT4;</p> <p>2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym);</p> <p>3) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej.</p> <p><b>2.3. Raz na 365 dni:</b></p> <p>1) USG jamy brzusznej;</p> <p>2) konsultacja neurologiczna;</p>
---	---	---

<p>4) karmienie piersią; 5) ciąża; 6) rezygnacja pacjenta lub jego opiekunów prawnych; 7) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo zastosowanego leczenia.</p>		<p>3) konsultacja endokrynologiczna; 4) konsultacja psychologiczna; 5) konsultacja gastrologiczna; 6) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów &gt; 10 r.ż.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	--	--

Załącznik B.62.

**LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej;</li> <li>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;</li> <li>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6);</li> <li>4) wiek <math>\geq</math> 18 lat.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)</b></p> <p>Do programu włączani są również pacjenci, którzy uprzednio byli leczeni przetoczeniami immunoglobulin w ramach innego programu lekowego lub w ramach JGP, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej z wykorzystaniem Ig spełniali kryteria włączenia do programu.</p>	<p><b>1. Substancja czynna:</b> immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20)</p> <p><b>2. Sposób podania:</b> dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg, fSCIg)</p> <p><b>3. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie, sposób podania i wybór preparatu powinny być ustalone indywidualnie dla każdego pacjenta, w zależności od odpowiedzi na terapię, w aspekcie osiągnięcia odpowiednich parametrów laboratoryjnych oraz zadowalającego stanu klinicznego.</p> <p><b>IVIg</b> (podanie dożylnie) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni.</p> <p><b>SCIg</b> (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) poziom glukozy w surowicy krwi;</li> <li>4) oznaczenie w żyłnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP);</li> <li>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR;</li> <li>7) poziom białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;</li> </ol>



<p>Jeżeli nie można ocenić, czy w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej pacjenci spełniali kryteria włączenia do programu, to leczenie można kontynuować w ramach programu lekowego, pod warunkiem, że przeprowadzone badania lub ocena kliniczna pozwolą na potwierdzenie, że chory spełnia kryteria włączenia do programu.</p>	<p>podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.</p>	<p>10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);</p>
<p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.</p>	<p><b>SCIg+rHuPH20</b> (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego.</p>	<p>11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;</p> <p>12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.</p>
<p><b>4. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej</p> <p>lub</p>	<p>Dawkowanie powinno prowadzić do osiągnięcia poziomu IgG w wysokości co najmniej 5,0 g/l (mierzonego w surowicy przed kolejnym podaniem - w przypadku IVIg i fSCIg lub podczas wizyt kontrolnych - w przypadku SCIg i fSCIg).</p> <p>Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG,</li> <li>2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg lub fSCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego,</li> <li>3) pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do</li> </ol>	<p>W przypadku pacjentów nowo zakwalifikowanych do programu lekowego, lecz otrzymujących uprzednio terapię substytucyjną Ig, należy przeprowadzić badania diagnostyczne zgodnie z harmonogramem monitorowania w trakcie programu lekowego.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) poziom IgG (ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych) w surowicy krwi, mierzony przed kolejnym podaniem IV Ig lub wizytą kontrolną lub wydaniem kolejnej dawki preparatu (w przypadku SCIg), co 1-6 miesięcy oraz po przerwie w terapii substytucyjnej;</li> <li>2) liczebność subpopulacji limfocytów w żyłnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy;</li> <li>4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy;</li> <li>5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy;</li> <li>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy;</li> <li>7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy;</li> <li>8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy;</li> <li>9) masa ciała na każdej wizycie;</li> </ol>

<p>2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej</p> <p>lub</p> <p>3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.</p>	<p>podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia,</p> <p>4) pacjent otrzymuje preparaty SCIg lub fSCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta,</p> <p>5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.</p>	<p>10) ciśnienie krwi na każdej wizycie;</p> <p>11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych);</p> <p>12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	---	---

Załącznik B.64.

## LECZENIE HORMONEM WZROSTU NISKOROSŁYCH DZIECI URODZONYCH JAKO ZBYT MAŁE W PORÓWNANIU DO CZASU TRWANIA CIĄŻY (SGA lub IUGR) (ICD-10 R 62.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej <math>-2</math> SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych;</li> <li>2) wiek <math>&gt; 4</math> lat;</li> <li>3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;</li> <li>4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej <math>-1</math> SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji);</li> <li>5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;</li> <li>6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości;</li> <li>7) stężenie hormonu wzrostu <math>\geq 10</math> nq/ml stwierdzone na podstawie 2 spośród 4 testów stymulacji sekrecji tego hormonu lub na podstawie testu nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu);</li> <li>8) brak przeciwwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,48–1,29 IU/kg/tydz. (0,16–0,43 mg/kg/tydz.), optymalnie ok. 0,75 IU/kg/tydz. (0,25 mg/kg/tydz.).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) pomiar stężenia IGFBP3;</li> <li>3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;</li> <li>4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA<sub>1c</sub>);</li> <li>5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;</li> <li>6) pomiar stężeń triglicerydów;</li> <li>7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;</li> <li>8) pomiar frakcji HDL cholesterolu;</li> <li>9) pomiar frakcji LDL cholesterolu;</li> <li>10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>11) badanie dna oka;</li> <li>12) pomiar stężenia TSH;</li> <li>13) pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li> <li>14) pomiar stężenia fT<sub>3</sub>;</li> <li>15) RTG śródreżcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego,</li> <li>16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);</li> <li>17) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia</li> </ol>

**2. Określenie czasu leczenia w programie**

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

**2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu:**

- 1) objawy pseudo-tumor cerebri;
- 2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej;
- 3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci.

O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań.

**3. Kryteria wyłączenia**

- 1) złuszczenie głowy kości udowej;
- 2) pseudo-tumor cerebri;
- 3) cukrzyca;
- 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
- 5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy;
- 6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok;
- 7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca;
- 8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała;
- 9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe;
- 10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych;
- 11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci

konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;

- 19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;
- 20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu:
  - a) test z insuliną,
  - b) test z klonidyną,
  - c) test z glukagonem,
  - d) test z levodopą;
- 21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI);
- 22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o kariotyp lub badanie molekularne;
- 23) USG jamy brzusznej;
- 24) USG serca;
- 25) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

**2. Monitorowanie leczenia****2.1 Po 90 dniach jednorazowo od rozpoczęcia terapii**

- 1) pomiar stężenia IGF-1;
- 2) pomiar stężenia IGFBP3;
- 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;
- 4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

**2.2 Co 180 dni**

- 1) pomiar glikemii na czczo;

<p>stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.</p>		<ol style="list-style-type: none"><li>2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA<sub>1c</sub>;</li><li>3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni);</li><li>4) pomiar stężenia TSH;</li><li>5) pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li><li>6) pomiar stężenia fT<sub>3</sub>;</li><li>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);</li><li>8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;</li><li>9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li><li>10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.</li></ol> <p><b>2.3 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;</li><li>2) pomiar stężenia IGFBP3;</li><li>3) pomiar stężenia triglicerydów;</li><li>4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu;</li><li>5) pomiar frakcji LDL cholesterolu;</li><li>6) pomiar frakcji HDL cholesterolu;</li><li>7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi:<ol style="list-style-type: none"><li>a) badanie dna oka,</li><li>b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera;</li></ol></li><li>8) RTG śródreżca, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego;</li><li>9) morfologia krwi z rozmazem;</li></ol>
--	--	--

		<p>10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;</p> <p>11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;</p> <p>12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) USG lub RTG stawów biodrowych,</li><li>b) TK lub MRI stawów biodrowych,</li><li>c) konsultacja ortopedyczna;</li></ul> <p>13) w zależności od potrzeb:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) USG jamy brzusznej,</li><li>b) USG klatki piersiowej,</li><li>c) konsultacja ortopedyczna,</li><li>d) konsultacja okulistyczna,</li><li>e) konsultacja neurologiczna,</li><li>f) konsultacja hemato-onkologa,</li><li>g) konsultacja genetyczna,</li><li>h) konsultacja psychologiczna,</li><li>i) TK,</li><li>j) MRI,</li><li>k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.</li></ul> <p><b>2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:</b></p> <p>1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja okulistyczna,</li><li>b) konsultacja neurologiczna,</li><li>c) jonogram surowicy krwi,</li><li>d) obrazowanie ośrodkowego układu</li></ul>
--	--	--

		<p>nerwowego TK z kontrastem lub MRI;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1:<ol style="list-style-type: none"><li>a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni;</li></ol></li><li>3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:<ol style="list-style-type: none"><li>a) USG lub RTG stawów biodrowych,</li><li>b) TK lub MRI stawów biodrowych,</li><li>c) konsultacja ortopedyczna.</li></ol></li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.65.

**LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10 C91.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<b>I. DAZATYNIB</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia dazatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych</b></p> <p><b>1.1.</b> 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><b>1. Dawkowanie</b></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><b>1. Badania</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></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><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></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><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></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><b>1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></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><b>2.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></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><b>III. BLINATUMOMAB – MINIMALNA CHOROBA RESZTKOWA (MRD)</b></p>		
<p><b>3. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem pacjentów z chorobą resztkową w ostrej białaczce limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia</b></p> <p><b>3.1.</b> 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 <math>10^{-4}</math></p> <p>Kryteria kwalifikacji, które muszą być spełnione łącznie:</p> <p>1) ukończony 18 rok życia;</p>	<p><b>3. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p>	<p><b>3. Badania</b></p> <p><b>3.1. Badania przy kwalifikacji</b></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 <math>10^{-4}</math>;</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		
<b>IV. BLINATUMOMAB</b>		
<p><b>4. Leczenie blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Filadelfia u dorosłych</b></p> <p><b>4.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia</b></p> <p>Do leczenia kwalifikowani są dorośli (<math>\geq 18</math> 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"> <li>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"> <li>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math>,</li> <li>b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,</li> <li>c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.</li> </ol> </li> <li>2) Wznowa hematologiczna choroby definiowana jest jako wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math>,</li> <li>b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,</li> <li>c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby,</li> </ol>           po okresie remisji tj. stanu, w którym żaden z powyższych warunków nie był spełniony,</li> <li>3) Zakwalifikowanie wcześniej do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie</li> </ol>	<p><b>4. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p>	<p><b>4. Badania</b></p> <p><b>4.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej;</li> <li>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;</li> <li>3) potwierdzenie pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;</li> <li>4) wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN.</li> </ol> <p><b>4.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem</b></p> <p>Po pierwszym i drugim cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi;</li> </ol>

objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.

Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu blinatumomabem.

#### 4.2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia
- 2) W momencie kwalifikacji do leczenia blinatumomabem, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję hematologiczną.

Całkowita remisja hematologiczna jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków:

- a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%,
- b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,
- c) brak pozaszpikowych ognisk choroby.

(UWAGA: przy definiowaniu całkowitej remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych).

Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

- 2) odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej;
- 3) ocena obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub 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><b>4.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni;</li> <li>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"> <li>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math>,</li> <li>b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,</li> <li>c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.</li> </ol> </li> <li>3) Karmienie piersią.</li> </ol>		
<b>V. INOTUZUMAB OZOGAMYCYNY</b>		
<p><b>5. Kryteria kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B z lub bez chromosomu Filadelfia (Ph) u dorosłych</b></p> <p><b>5.1.</b> Do leczenia kwalifikowani są dorośli (<math>\geq 18</math> lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B, z ekspresją antygenu CD22 <math>&gt;1\%</math>, w stanie sprawności 0-2 wg ECOG:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) bez chromosomu Filadelfia (Ph-), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję,</li> <li>b) wznowa hematologiczna choroby;</li> </ol> </li> <li>2) z chromosomem Filadelfia (Ph+), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:</li> </ol>	<p><b>5. Dawkowanie</b></p> <p>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p>	<p><b>5. Badania</b></p> <p><b>5.1.</b> Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) AspAT, AlAT;</li> <li>3) Bilirubina;</li> <li>4) Kreatynina;</li> <li>5) APTT, PT, fibrynogen;</li> <li>6) Badanie cytologiczne szpiku kostnego;</li> <li>7) Badanie immunofenotypowe szpiku lub krwi metodą cytometrii przepływowej w tym ocena ekspresji CD22;</li> <li>8) Badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe</li> </ol>

<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><b>5.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></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><b>5.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></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 hematopozy (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><b>5.2. Monitorowanie leczenia inotuzumabem ozogamycyny</b></p> <p><b>A. W czasie pierwszego cyklu leczenia co najmniej raz w tygodniu:</b></p> <p>1) Morfologia krwi</p> <p>2) AspAT, AlAT</p> <p>3) Bilirubina</p> <p><b>B. Przed rozpoczęciem drugiego i kolejnych cykli leczenia, a następnie co najmniej raz w tygodniu w czasie drugiego i kolejnych cykli leczenia:</b></p> <p>1) Morfologia krwi</p> <p>2) AspAT, AlAT</p> <p>3) Bilirubina</p> <p><b>C. Po każdym cyklu leczenia:</b></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 ( $\geq 1$  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><b>6.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia;</li><li>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.</li></ol> <p>Całkowita remisja jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku &lt;5%,</li><li>b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,</li><li>c) brak pozaszpikowych ognisk choroby.</li></ol> <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><b>6.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni;</li><li>2) Brak remisji po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem, definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków:</li></ol>	wydania decyzji.	<ol style="list-style-type: none"><li>2) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej;</li><li>3) Ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli były stwierdzone przy rozpoznaniu wznowy.</li></ol>
--	------------------	---

<p>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math>, b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.</p>		
<b>VII. TISAGENLECLEUCEL</b>		
<p><b>7. Kryteria kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucelem</b> 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><b>7.1.</b> Do leczenia kwalifikowani są pacjenci w wieku do 25 lat <b>z nawrotową/oporną</b> ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL) z komórek B, u których spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków (7.1.1-7.1.5) <b>oraz wszystkie kryteria funkcjonalne</b> (punkt 7.1.6):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) drugi lub kolejny nawrót w szpiku kostnym;</li> <li>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;</li> <li>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;</li> <li>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;</li> <li>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.</li> </ol>	<p><b>7. Dawkowanie</b> 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><b>7.1. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego</b> Postępowanie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>7. Badania</b> <b>7.1. Badania przy kwalifikacji do programu lekowego:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego;</li> <li>2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li> <li>3) ocena funkcji wątroby (AlAT, AspAT, stężenie bilirubiny w surowicy);</li> <li>4) ocena funkcji nerek (stężenie kreatyniny w surowicy i klirens kreatyniny);</li> <li>5) ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych i/lub molekularna aspiratu szpiku kostnego dokumentująca oporność/nawrót choroby;</li> <li>6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>7) badania obrazowe centralnego układu nerwowego (CT lub NMR)</li> <li>8) test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę);</li> <li>9) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy);</li> <li>10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia</li> </ol>

**6) kryteria funkcjonalne pacjenta muszą być spełnione łącznie:**

- a) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci);
- b) aktywność aminotransferazy alaninowej  $\leq 5$  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  $\geq 16$  lat) lub Lansky'ego (wiek  $< 16$  lat)  $\geq 50$ ;
- 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><b>7.4. Monitorowanie leczenia</b></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"><li>– morfologia krwi z rozmazem;</li><li>– badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego.</li></ul> <p>2) W pierwszym roku od podania tisagenlecleucelu co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– ocena cytologiczna, cytometryczna i/lub molekularna aspiratu szpiku kostnego;</li><li>– ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>– oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG.</li></ul>
		<p><b>8. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>

Załącznik B.66.

**LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE (ICD-10: C84)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<b>I. LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNIE SKÓRNE CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE</b>		
<p>W ramach części I. programu lekowego udostępnia się poniższe terapie:</p> <p><b>1) chorym na ziarniniaka grzybiastego:</b></p> <p>a) <i>beksaroten w monoterapii</i>,</p> <p>b) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i>,</p> <p><b>2) chorym na zespół Sezary’ego:</b></p> <p>a) <i>beksaroten w monoterapii</i>,</p> <p><b>3) chorym na pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek (pcALCL):</b></p> <p>a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i></p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>2) stan sprawności według WHO 0-2 (w przypadku kwalifikacji do leczenia beksaroteniem dopuszcza się stan sprawności według WHO 3 – jeśli wynika z zaawansowania chłoniaka);</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. <i>beksaroten w monoterapii</i> – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary’ego</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa beksarotenu to 300 mg/m<sup>2</sup> p.c./dobę. Obliczenie dawki początkowej zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki beksarotenu 150 mg/m<sup>2</sup> p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m<sup>2</sup> p.c./dobę</p> <p><b>1.2. <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i> – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek (pcALCL)</b></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) stężenie kreatyniny;</p> <p>3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>4) stężenie glukozy we krwi;</p> <p>5) określenie TNMB i mSWAT;</p> <p>6) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>8) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka – w przypadku kwalifikacji do leczenia brentuksymabem vedotin;</p> <p>9) stężenie TSH oraz fT4, triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL –</p>

<p>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>ziarniniaka grzybiastego</u></b></p> <p><b>1.2.1. beksaroten w monoterapii</b></p> <p>1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;</p> <p>2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);</p> <p>3) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich,</p> <p>lub</p> <p>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),</p> <p>lub</p> <p>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym;</p>	<p>Zalecana dawka brentuksymabu vedotin wynosi 1,8 mg/kg mc. podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, co 3 tygodnie.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem;</p> <p>10) EKG z opisem – w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. ziarniniaka grzybiastego lub zespołu Sezary’ego beksarotenem w monoterapii</b></p> <p>1) badania wykonywane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii, a następnie 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku):</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>b) stężenie kreatyniny,</p> <p>c) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej,</p> <p>d) stężenie glukozy we krwi,</p> <p>e) stężenie TSH oraz fT4,</p> <p>f) triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL;</p> <p>2) kontrolne badania obrazowe wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych;</p> <p>3) raz na 2 miesiące – wypełnienie skali mSWAT.</p> <p>Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4 „Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotenem” powinno być prowadzone</p>
---	--	---



- 4) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.

### **1.2.2. brentuksymab vedotin w monoterapii**

- 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;
  - 2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);
  - 3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w ziarniniaku grzybiastym;
  - 4) w przypadku stadium choroby:
    - a) IB-IIA spełnienie jednego z poniższych kryteriów:
      - progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksaroteniem, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich,
    - lub
    - nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksaroteniem,
    - lub
    - nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksaroteniem,
  - b) IIB lub wyższym – nawrót lub progresja choroby, niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego;
- 5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.

### **2.2. ziarniniaka grzybiastego lub pierwotnie skórniego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL) brentuksymabem vedotin w monoterapii**

- 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:
  - a) morfologia krwi z rozmazem,
  - b) stężenie kreatyniny,
  - c) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej,
  - d) stężenie glukozy we krwi;
- 2) kontrolne badania obrazowe wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych;
- 3) raz na 2 miesiące – wypełnienie skali mSWAT.

### **3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z

<p><b>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia zespołu Sezary’ego</b></p> <p><b>1.3.1. beksaroten w monoterapii</b></p> <p>1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary’ego;</p> <p>2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich,</p> <p>lub</p> <p>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),</p> <p>lub</p> <p>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym;</p> <p>3) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.</p> <p><b>1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia pierwotnie skórnegochłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)</b></p> <p><b>1.4.1. brentuksymab vedotin w monoterapii</b></p> <p>1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza pierwotnie skórnegochłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL);</p> <p>2) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w jednej biopsji zmian w pcALCL;</p> <p>3) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>		<p>opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p> <p>W przypadku pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4.1) nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.</p>
---	--	---

**1.5.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

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

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

- 1) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli.

## **3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 3) toksyczność:
  - a) w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku – w przypadku terapii *beksarotenem w monoterapii*,
  - b) wymagająca przerwania leczenia zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin w monoterapii*;
- 4) ciąża lub karmienie piersią;
- 5) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 6) rezygnacja pacjenta.

<p><b>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotenenem w monoterapii</b></p> <p>1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</p> <p>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.;</p> <p>3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;</p> <p>4) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.</p>		
<p><b>II. LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWEGO CHŁONIAKA ANAPLASTYCZNEGO Z DUŻYCH KOMÓREK (sALCL)</b></p>		
<p><b>W ramach części II. programu lekowego chorym na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL) udostępnia się terapie:</b></p> <p><b>1) w I linii leczenia</b></p> <p>a) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i>,</p> <p><b>2) w II i kolejnych liniach leczenia</b></p> <p>a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii.</i></p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</b></p> <p><u>Brentuksymab vedotin:</u> Zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) stężenie kreatyniny;</p> <p>3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>4) stężenie glukozy we krwi;</p> <p>5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>6) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka;</p>

<p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stan sprawności według WHO 0-2;</li> <li>2) potwierdzona histologicznie diagnoza układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL);</li> <li>3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30;</li> <li>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>6) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li> <li>7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego;</li> <li>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</li> </ol> <p><b>1.2. Kryteria kwalifikacji do I linii leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) brak wcześniejszego leczenia układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL).</li> </ol> <p><b>1.3. Kryteria kwalifikacji do II i kolejnych linii leczenia</b></p>	<p><u>Cyklofosfamid</u>: zalecana dawka to 750 mg/m<sup>2</sup> pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.</p> <p><u>Dokсорubicyna</u>: zalecana dawka to 50/m<sup>2</sup> pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.</p> <p><u>Prednizon</u>: zalecana dawka to 100 mg podawana doustnie w dniach 1-5 każdego 3-tygodniowego cyklu.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Leczenie może trwać maksymalnie 8 cykli.</p> <p><b>1.2. brentuksymab vedotin w monoterapii</b></p> <p><u>Dorośli</u>:</p> <p>Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p><u>Dzieci</u>:</p> <p>Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie</p>	<p>7) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. badania wykonywane przed każdym podaniem leku:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie kreatyniny;</li> <li>3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej;</li> <li>4) stężenie glukozy we krwi.</li> </ol> <p><b>2.2. badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia – badania obrazowe TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu wykonywane:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) po 3. lub po 4. cyklu leczenia i po zakończeniu leczenia oraz w razie klinicznego podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii w I linii leczenia;</li> <li>2) po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami – w przypadku terapii w II i kolejnych liniach leczenia.</li> </ol> <p><u>Kryteria odpowiedzi na leczenie brentuksymabem vedotin – należy stosować według aktualnych rekomendacji.</u></p>
--	---	--

<p>1) oporność na leczenie lub nawrót po leczeniu układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL).</p> <p><b>1.4.</b> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <i>brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i> – leczenie trwa maksymalnie do 8 cykli;</li><li>2) <i>brentuksymabem vedotin w monoterapii</i> – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli.</li></ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak skuteczności terapii definiowany jako:<ol style="list-style-type: none"><li>a) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia – w przypadku terapii w I linii leczenia,</li><li>b) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia, albo brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia albo nawrót choroby w trakcie trwania leczenia – w przypadku terapii w II lub kolejnych liniach leczenia;</li></ol></li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li><li>3) toksyczność według WHO powyżej 3;</li></ol>	<p>dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	---	--

4) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) rezygnacja pacjenta.		
--	--	--

Załącznik B.67.

## LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, M33.0, M33.1, M33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci, 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><b>1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzona: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów,</li> <li>b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;</li> </ol> </li> <li>2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania.</li> </ol> <p><b>1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów;</li> <li>2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej.</li> </ol> <p><b>1.3. Miastenia (MG)</b></p> <p>przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c;</li> <li>2) retencja CO<sub>2</sub> (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg);</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylniej:</b></p> <p><b>1.1.</b> Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,4 g/kg m.c. we wlewie iv., ogółem dawka leku 1-2 g/kg m.c. w ciągu 2-5 dni.</p> <p><b>1.2.</b> Kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0 g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 2-5 dni.</p> <p>W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP i miopatii zapalnych dawkowanie ustala się indywidualnie.</p> <p><b>2. Dawkowanie immunoglobuliny podskórnej, posiadającej zarejestrowane wskazania do stosowania w leczeniu immunomodulacyjnym u dorosłych, dzieci i młodzieży (0-18 lat) z przewlekłą zapalną demielinizacyjną polineuropatią (CIDP) jako leczenie podtrzymujące po stabilizacji za pomocą IVIg, u grupy chorych otrzymujących IVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:</b></p> <p>Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylniej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) AIAT;</li> <li>3) AspAT;</li> <li>4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał;</li> <li>5) proteinogram;</li> <li>6) EMG;</li> <li>7) rezonans magnetyczny;</li> <li>8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego;</li> <li>9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych;</li> <li>10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4);</li> <li>11) wzrokowe potencjały wywołane;</li> <li>12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA;</li> <li>13) konsultacja ginekologiczna u kobiet;</li> <li>14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych.</li> </ol> <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 SpO<sub>2</sub> 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><b>1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowoczuciowa</b></p> <p>udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych;</li> <li>2) badanie neurofizjologiczne;</li> <li>3) rezonans magnetyczny;</li> <li>4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania.</li> </ol> <p><b>1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe</b></p> <p>w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami.</p> <p><b>1.6. Zespół Guillain-Barre</b></p> <p>w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania;</li> <li>2) narastający niedowład mięśni twarzy;</li> <li>3) dyzartia;</li> <li>4) dysfagia;</li> <li>5) zaburzenia oddechowe.</li> </ol>	<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"> <li>a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku,</li> <li>b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna,</li> <li>c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy</li> </ol>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylniej:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</li> <li>3) oznaczenie aktywności ALAT,</li> <li>4) oznaczenie aktywności AspAT;</li> <li>5) proteinogram;</li> <li>6) oznaczenie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.</li> </ol> <p><b>2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylniej:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</li> <li>3) oznaczenie aktywności ALAT,</li> <li>4) oznaczenie aktywności AspAT;</li> </ol> <p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.</li> </ol> <p><b>2.3. W przypadku leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną</b></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"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</li> <li>3) oznaczenie aktywności ALAT,</li> <li>4) oznaczenie aktywności AspAT;</li> </ol>
---	--	--

<p><b>1.7. Choroba Devica (NMO)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzona wykonaniem:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego,</li> <li>b) badania potencjałów wzrokowych,</li> <li>c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4),</li> <li>d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego;</li> </ol> </li> <li>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwwskazaniach do jego zastosowania.</li> </ol> <p><b>1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzone wykonaniem:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) rezonansu magnetycznego mózgu,</li> <li>b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego,</li> <li>c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym;</li> </ol> </li> <li>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwwskazaniach do jego zastosowania.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu lub</li> <li>2) nieskuteczność leczenia definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia.</li> </ol> <p>W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.</p>	<p>podjąć w przypadku ich wystąpienia,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta,</li> <li>e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.</li> </ol>	<p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
--	--	--

Załącznik B.70.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBYMI SIATKÓWKI (ICD-10: H35.3, H36.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<b>A. LECZENIE PACJENTÓW Z WYSIĘKOWYM ZWYRODNIENIEM PŁAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (AMD)</b>		
<p><b>1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem afliberceptem</b></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><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;</li> <li>2) wiek powyżej 45. roku życia;</li> <li>3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);</li> <li>4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</li> <li>5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;</li> <li>6) brak dominującego zaniku geograficznego;</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem afliberceptem</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie afliberceptu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;</li> <li>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;</li> <li>3) na podstawie oceny przez lekarza parametrów w wzrokowych i/lub anatomicznych odstępach pomiędzy dawkami po fazie nasycenia może pozostać dwumiesięczny lub może zostać bardziej wydłużony według schematu dawkowania „treat-and-extend” („lecz i wydłużaj”), w którym odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami wydłuża się o 2 lub 4</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem afliberceptem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</li> <li>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</li> <li>3) fotografia dna oka;</li> <li>4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego;</li> <li>5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu</li> </ol>

<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><b>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</b></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><b>1.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</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><b>2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem</b></p> <p><b>2.1. Dawkowanie ranibizumabu</b></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><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></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><b>2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</p> <p>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</p>
---	--	---

<p><b>1.4. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na aflibercept lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;</li><li>3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;</li><li>4) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</li><li>6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w płamce 3. lub 4. stopnia;</li><li>7) progresja choroby definiowana jako:<ol style="list-style-type: none"><li>a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości &lt; 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub</li><li>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);</li></ol></li><li>8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji afliberceptu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;</li><li>9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).</li></ol> <p><b>2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem</b></p> <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>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;</li><li>4) odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;</li><li>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;</li><li>6) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>3) fotografia dna oka;</li><li>4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego;</li><li>5) 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.</li></ol> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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"><li>a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,</li><li>b) OCT (optyczna koherentna tomografia),</li><li>c) opcjonalnie - fotografia dna oka,</li><li>d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z</li></ol></li></ol>
--	---	---

<p>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.</p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>wiek powyżej 45. roku życia;</li><li>wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);</li><li>najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</li><li>zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;</li><li>brak dominującego zaniku geograficznego;</li><li>brak dominującego wylewu krwi.</li><li>przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna).</li></ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b></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</p>	<p>leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne</li><li>u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</li></ol> <p>- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p> <p><b>3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolicizumabem</b></p> <p><b>3.1. Dawkowanie brolicizumabu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>zalecana dawka brolicizumabu wynosi 6 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;</li><li>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</li></ol>	<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><b>3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolicizumabem</b></p> <p><b>3.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</li><li>OCT (optyczna koherentna tomografia);</li><li>fotografia dna oka;</li><li>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;</li><li>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</li></ol>
---	--	--

<p>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><b>2.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>2.4. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na ranibizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;</li> <li>3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;</li> <li>4) okres ciąży lub karmienia piersią;</li> <li>5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</li> <li>6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w płamce 3. lub 4. stopnia;</li> <li>7) progresja choroby definiowana jako:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości &lt; 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące</li> </ol> </li> </ol> <p>lub</p>	<p>odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>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;</li> <li>5) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne</li> </ol> </li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</li> </ol>	<p>Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.</p> <p><b>3.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem brolicizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,</li> <li>b) OCT (optyczna koherentna tomografia),</li> <li>c) opcjonalnie - fotografia dna oka,</li> <li>d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).</li> </ol> </li> </ol> <p>Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z</li> </ol>
---	---	---

<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 niezasadnych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).</p> <p><b>3. Leczenie neowaskularnej (wsiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolicizumabem</b></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><b>3.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;</li> <li>2) wiek powyżej 45. roku życia;</li> <li>3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);</li> <li>4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</li> <li>5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;</li> <li>6) brak dominującego zaniku geograficznego;</li> <li>7) brak dominującego wylewu krwi;</li> </ol>	<p>- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p> <p><b>4. Wstrzymanie podawania leku</b></p> <p>Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ciśnienie śródgałkowe <math>\geq 30</math> mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);</li> <li>2) rozerwanie siatkówki;</li> <li>3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi <math>\geq 50\%</math> całkowitej powierzchni zmiany;</li> <li>4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);</li> <li>5) brak aktywności choroby, tj., gdy nie stwierdza się wzrostu wielkości zmiany, nowych krwotoków lub wsięków, 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).</li> </ol> <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>
---	---	---



<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><b>3.2. 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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b></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> <ul style="list-style-type: none"><li>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 Małe zabiegi witreoretinalne</li><li>lub</li><li>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</li></ul> <p>- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.</p> <p><b>3.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3.4. Kryteria wyłączenia</b></p>	<p><b>5. Zmiana leku podczas leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem</b></p> <p>W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod warunkiem niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu) na lek z inną substancją czynną finansowaną w ramach programu, jednak nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tego samego leku:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych,</li><li>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.</li></ul> <p>Za brak skuteczności terapii należy uznać:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu;</li><li>lub</li><li>2) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian w plamce</li></ul>	
--	--	--

<p>1) nadwrażliwość na brolicizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;</p> <p>3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;</p> <p>4) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</p> <p>6) przedarciove odwarstwienie siatkówki lub otwór w płamce 3. lub 4. stopnia;</p> <p>7) progresja choroby definiowana jako:</p> <p>a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości &lt; 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące</p> <p>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 brolicizumabu 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>w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku.</p> <p>Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.</p>	
<b>B. LECZENIE PACJENTÓW Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PŁAMKI (DME)</b>		
<p><b>1. Leczenie cukrzycowego obrzęku płamki afliberceptem, bewacyzumabem, deksametazonem w postaci implantu oraz ranibizumabem</b></p> <p>Kwalifikacja do programu lekowego przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy pacjent uprzednio nie był leczony z powodu cukrzycowego obrzęku płamki.</p>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie bewacyzumabu</b></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) Badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</p> <p>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</p>

<p>Leczenie pierwszorazowych pacjentów lub pacjentów leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek bewacyzumabu.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>W przypadku kontynuacji leczenia należy udokumentować ostatnie dwa lata leczenia w postaci zaświadczenia.</p> <p>W przypadku braku stosownych zaświadczeń leczenie należy kontynuować w programie traktując pacjenta jako pierwszorazowego lub w kontynuacji leczenia bewacyzumabem.</p> <p>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.</p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Obecność rozlanego, klinicznie znamienego obrzęku płamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozłana), CME - postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza);</li><li>2) Wiek powyżej 18 roku życia;</li><li>3) Najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</li><li>4) Zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Zalecana dawka bewacyzumabu wynosi 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;</li><li>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;</li><li>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;</li><li>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);</li><li>5) Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>3) Fotografia dna oka;</li><li>4) Angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa) - w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania wraz z uzasadnieniem należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i w rejestrze SMPT do wglądu Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki;</li><li>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;</li><li>6) Konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych z wynikiem badania HbA1c i oceną wyrównania ciśnienia tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Badania przeprowadzane przed każdym podaniem (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz</li></ol>
--	---	---

- 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 bewacyzumabu 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 włóknisto-naczyniowych trąk, 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 tętnic;
- 12) Brak jaskry neowaskularnej;
- 13) Uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe;
- 14) Brak czynników mających wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie;
- 15) Brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nerokujących poprawy po leczeniu anty-VEGF takich jak:
  - a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki),
  - b) DRIL w obszarze poddołkowym,
  - c) makulopatia niedokrwienna.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach JGP B84 lub w programie leczenia cukrzycowego obrzęku plamki, którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja) lub u**

ciążą, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia bewacyzumabem.

### 1.2. Dawkowanie afliberceptu

- 1) Zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie 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 nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);
- 5) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie DME iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF

nie rzadziej niż raz na 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni):

- a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
  - b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
  - c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
  - d) opcjonalnie dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia - angiografia fluoresceinowa lub 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.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom.

**świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 1.4, gdy przyczyna przerwania terapii trwała dłużej niż 4 miesiące w przypadku bewacyzumabu, afliberceptu, ranibizumabu oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku płamki iniekcjami doszkliskowymi bewacyzumabu, afliberceptu, ranibizumabu lub deksametazonu w postaci implantu:

- a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 lub
- b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

**1.3. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o przerwaniu leczenia w programie lub o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami opisanymi w ust. 1.4 i 1.5.

Po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych odbywa się ocena skuteczności odpowiedzi na terapię.

Lekarz prowadzący zgłasza w rejestrze SMPT pacjenta do oceny skuteczności przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki lub wyłącza pacjenta z programu.

W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki pacjent zostanie wyłączony z programu.

Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz na podstawie kryteriów włączenia.

lub rekombinowanego białka fuzyjnego: u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent;

- 6) Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia afliberceptem.

Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.

**1.3. Dawkowanie ranibizumabu**

- 1) Zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;
- 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

<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"><li>a) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS),</li><li>b) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o <math>\geq 20\%</math> w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości <math>\leq 300 \mu\text{m}</math>.</li></ul> <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>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><b>1.4. Kryteria przerwania terapii</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) Czynne zakażenie oka lub jego okolic;</li><li>2) Zapalenie wnętrza gałki ocznej;</li><li>3) Okres ciąży i karmienia piersią;</li></ul>	<p>przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>4) Odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;</li><li>5) W przypadku, gdy odstęp między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);</li><li>6) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie DME iniekcjami dozakładowymi 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.</li></ul> <p>Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.</p> <p><b>1.4. Dawkowanie deksametazonu w postaci implantu</b></p> <p>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>2. Wstrzymanie podawania leku</b></p>	
--	---	--

<p>4) Przedarciowe odwarstwienie siatkówki;</p> <p>5) Wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie;</p> <p>6) Wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) dominująca błona przedsiatkówkowa,</li><li>b) obecność aktywnych włókniasto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na wystąpienie odwarstwienia siatkówki,</li><li>c) odwarstwienie siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej,</li><li>d) krwotok do ciała szklanego wymagający operacji,</li><li>e) neowaskularyzacja tęczówki,</li><li>f) jaskra neowaskularna,</li><li>g) zaćma mająca wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie.</li></ul> <p>W przypadku ustąpienia zmian opisanych w pkt 1-6 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><b>1.5. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) Nadwrażliwość na bewacyzumab, aflibercept, ranibizumab lub deksametazon, lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) Brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne);</li><li>3) Wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</li></ul>	<p>Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) ciśnienie śródgałkowe <math>\geq 30</math> mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);</li><li>2) rozerwanie siatkówki;</li><li>3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);</li><li>4) brak aktywności choroby.</li></ul> <p>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Zmiana leku podczas leczenia</b></p> <p>Zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki.</p>	
--	---	--

<p>4) Progresja choroby definiowana, jako:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do poziomu <math>&lt; 0,2</math> określonego według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub</li><li>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</li><li>c) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki) lub</li><li>d) rozwój w przebiegu leczenia DRIL w obszarze poddołkowym lub</li><li>e) wystąpienie makulopatii niedokrwiennej.</li></ul>		
--	--	--



Załącznik B.71.

## LECZENIE TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C (ICD-10: B18.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq</math> 18 r. ż.;</li> <li>2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;</li> <li>3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej;</li> <li>4) udokumentowany stopień zaawansowania choroby wątroby określony z wykorzystaniem: elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub wskaźnika APRI lub FIB-4 lub biopsji wątroby. W przypadku podejrzenia współistnienia chorób wątroby o innej etiologii, niezgodności wyniku badania nieinwazyjnego ze stanem klinicznym chorego lub rozbieżności pomiędzy wynikami różnych badań nieinwazyjnych zalecane jest wykonanie biopsji wątroby (o ile nie jest ona przeciwwskazana), której wynik ma wówczas znaczenie rozstrzygające;</li> <li>5) potwierdzona obecność zakażenia genotypem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem</li> <li>albo</li> <li>b) 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem w skojarzeniu z elbaswirem</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Sofosbuwir+ledi pas wir i sofosbuwir +wel patas wir</b> w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych.</li> <li><b>2. Grazoprewir+elbas wir</b> w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</li> <li><b>3. Glekaprewir+pi brentas wir</b> w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</li> <li><b>4. Sofosbuwir+wel patas wir+woksylepre wir</b> w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową;</li> <li>2) morfologia krwi;</li> <li>3) oznaczenie aktywności AlAT;</li> <li>4) oznaczenie stężenia albumin;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) czas lub wskaźnik protrombinowy;</li> <li>7) oznaczenie poziomu kreatyniny;</li> <li>8) oznaczenie przeciwciał anti-HIV;</li> <li>9) oznaczenie antygenu HBs;</li> <li>10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy);</li> <li>11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej) lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4;</li> <li>12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1)- jeśli nie było wykonywane wcześniej. Przy czym, dopuszczalne jest odstępianie z oznaczania genotypu w</li> </ol>

<p>albo</p> <p>c) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem</p> <p>albo</p> <p>d) 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem oraz woksylaprewirem w przypadku pacjentów po niepowodzeniu uprzedniej terapii inhibitorami NS5A</p> <p>albo</p> <p>e) w przypadku niemożności oznaczenia genotypu należy zastosować lek pangenotypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir).</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>U pacjentów kwalifikujących się pierwszorazowo do terapii pangenotypowej nie ma konieczności oznaczania genotypu HCV, w związku z tym nie muszą spełniać kryterium kwalifikacji określonego w pkt. 1.5.</p> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li><li>2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anti-HCV;</li><li>3) ciężka niewydolność wątroby (stopień C wg klasyfikacji Child-Pugh) - nie dotyczy kwalifikowania do terapii z użyciem sofosbuwiru w skojarzeniu z ledipaswirem lub welpataswirem;</li><li>4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżyć aktywność osoczną sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i</li></ol>		<p>przypadku kwalifikacji do pierwszorazowej terapii pangenotypowej.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) w 1 dniu, przed podaniem leków:<ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi,</li><li>b) oznaczenie aktywności AlAT,</li><li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny,</li><li>d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;</li></ol></li><li>2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu:<ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi,</li><li>b) oznaczenie aktywności AlAT;</li></ol></li><li>3) w 4 tygodniu:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia bilirubiny – w przypadku występowania zwiększonego stężenia w 4 tygodniu terapii, powtórzyć oznaczenia w 8 tygodniu oraz jeżeli dotyczy w 12, 16 i 24 tygodniu;</li></ol></li><li>4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową,</li><li>b) USG jamy brzusznej.</li></ol></li></ol> <p>Dopuszczalne jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza rozpoczynającego terapię, odstępianie od wizyt pacjenta i procedur monitorowania leczenia określonych w punktach 2.2 i 2.3 w trakcie leczenia, jeżeli podczas kwalifikacji w ocenie zaawansowania choroby wątroby wykazano w elastografii sztywność &lt;12,5 kPa lub APRI &lt;1 lub FIB-4 &lt;1,3 lub brak histologicznych cech marskości w biopsji wątroby. U takich pacjentów możliwe jest wydanie leków w ilości niezbędnej do zabezpieczenia pełnego czasu terapii o ile nie przekracza 12 tygodni (w zależności od wybranej terapii,</p>
--	--	---

<p>woksyaprewiru w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy);</p> <p>5) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>6) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach:</p> <p>a) sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksyaprewirem (o ile dotyczy)</p> <p>albo</p> <p>b) grazoprewiru z elbaswirem (o ile dotyczy)</p> <p>albo</p> <p>c) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy).</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 (z wyłączeniem pkt 2.2) w trakcie leczenia;</p> <p>2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– w opinii lekarza prowadzącego terapię</li><li>lub</li><li>– zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych;</li></ul> <p>3) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		<p>indywidualnie przyjętego schematu dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisana powyżej decyzja lekarza rozpoczynającego leczenie, powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Decyzja ta może zostać zmieniona w trakcie trwania leczenia w przypadku zmiany stanu klinicznego pacjenta lub podejrzenia braku adherencji. Niezależnie od przypadku klinicznego, osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię musi mieć miejsce 12 tygodni po zakończeniu terapii w celu określenia skuteczności zastosowanego leczenia.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

Załącznik B.73.

**LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek: 18 i więcej lat;</li> <li>2) nietrzymanie moczu z parć nagłących;</li> <li>3) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym wykonanym nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych. W takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej;</li> <li>4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane;</li> <li>5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pogorszenie się czynności nerek lub</li> <li>b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć nagłących, lub</li> <li>c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych, lub</li> <li>d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, lub</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie:</b></p> <p>Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz.</p> <p>W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku.</p> <p>W przypadku braku efektu po podaniu dawki inicjującej należy zwiększyć dawkę do 300 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie fizykalne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie brzucha,</li> <li>b) badanie przez pochwę lub per rectum,</li> <li>c) badanie neurologiczne - ocena segmentów unerwionych przez nerwy z poziomu S2-S4 (czucie skórne w obrębie przedsionka pochwy lub krocza, odruch opuszkowo-jamisty oraz odruchy ścięgniste z kończyn dolnych);</li> </ol> </li> <li>2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu;</li> <li>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia mocznika;</li> <li>5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć nagłących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów);</li> <li>6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);</li> <li>7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) celem wizyt kontrolnych jest: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocena skuteczności,</li> </ol> </li> </ol>

<p>e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych,</p> <p>lub</p> <p>nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) zaburzenia rytmu serca,</li><li>b) zaburzenia pamięci,</li><li>c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania,</li><li>d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku;</li></ol> <p>6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby;</p> <p>7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu;</p> <p>8) negatywny wywiad w kierunku:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) neuropatii obwodowych,</li><li>b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona);</li></ol> <p>9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, w wyniku braku skuteczności leczenia lub zgodnie z pozostałymi kryteriami wyłączenia;</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>b) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania,</li><li>c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych,</li><li>d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych;</li></ol> <p>2) wizyty kontrolne według następującego schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania),</li><li>b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania).</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

<p>2) w sytuacji niepowodzenia terapii (pierwszego podania), podanie toksyny botulinowej można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach toksyny botulinowej, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego;</p> <p>3) w sytuacji powodzenia terapii, podania toksyny botulinowej można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu:</b></p> <p>1) brak skuteczności leczenia definiowany jako nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o <math>\geq 50\%</math> w stosunku do poziomu wyjściowego (ocena na podstawie dzienniczka mikcji prowadzonego przez 7 dni, nie wcześniej niż po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od podania toksyny botulinowej);</p> <p>2) nieprowadzenie dzienniczka mikcji;</p> <p>3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonania czystego przerywanego cewnikowania;</p> <p>4) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu.</p>		
--	--	--

Załącznik B.74.

## LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAKRZEPOWO-ZATOROWEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS,</p> <p>2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów:</p> <p>a) nieoperowalne CTEPH (dyskwalifikacja od leczenia operacyjnego potwierdzona przez zespół CTEPH składający się z kardiochirurga z doświadczeniem w zakresie PEA, kardiologa interwencyjnego z doświadczeniem w zakresie cewnikowania prawostronnego oraz angioplastyki tętnic płucnych, kardiologa doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym lub brak zgody pacjenta na PEA przy akceptacji zespołu CTEPH; w przypadkach wątpliwych – brak jednoznacznej opinii specjalistów wymienionych dziedzin – konieczna jest konsultacja przez kardiochirurga, który wykonał co najmniej 50 zabiegów endarterektomii tętnic płucnych; sformułowanie „z doświadczeniem w wykonywaniu ” należy rozumieć jako „lekarza przeszkolonego i samodzielnie wykonującego określone zabiegi” a „doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym” jako „lekarza posiadającego doświadczenie w stosowaniu farmakoterapii</p>	<p>Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) Badania nieinwazyjne:</p> <p>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,</p> <p>b) test 6-minutowego marszu,</p> <p>c) oznaczenie NT-pro-BNP,</p> <p>d) badanie echokardiograficzne.</p> <p>2) Badania inwazyjne:</p> <p>– badanie hemodynamiczne (aktualne, wykonane nie więcej niż 12 tygodni przed kwalifikacją) cewnikowanie prawego serca z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej.</p> <p>3) Badania obrazowe:</p> <p>a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań;</p> <p>a) MRI,</p> <p>b) Angio CT;</p> <p>c) scyntygrafia płuc.</p> <p>W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań</p>

<p>swoistej w nadciśnieniu płucnym)</p> <p>lub</p> <p>b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym.</p> <p>Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włączenie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH.</p> <p>3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej <math>\geq 25</math> mm Hg i naczyniowy opór płucny <math>\geq 240</math> dyn*sec*cm<sup>-5</sup> (lub 3 jednostki Wooda),</p> <p>4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO,</p> <p>5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia i przeciwwskazania do włączania do programu</b></p> <p>Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil),</p> <p>2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),</p>		<p>do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych</p> <p>a) MRI,</p> <p>b) Angio CT;</p> <p>c) scyntygrafia płuc.</p> <p>W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki.</p> <p>Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków).</p> <p>Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.</p>
--	--	--



<p>3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą,</p> <p>4) ciąża,</p> <p>5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiegokolwiek postaci,</p> <p>6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi &lt;95 mm Hg na początku leczenia,</p> <p>7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,</p> <p>8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej &gt; 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,</p> <p>9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia.</p>		<p>Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p>1) Badania nieinwazyjne:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,</li><li>b) test 6-minutowego marszu,</li><li>c) oznaczenie NT-pro-BNP.</li></ul> <p>Do monitorowania leczenia można wykorzystać również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych.</p> <p>2) Badania inwazyjne:</p> <p>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne,</li><li>– dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych,</li></ul>
--	--	---

		<p>eskalacji farmakoterapii lub przeszczepu płuc, jeśli terapia taka jest rozważana i możliwa.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia,</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia,</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.75.

## LECZENIE CHORYCH NA AKTYWNA POSTAĆ ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWE ZAPALENIE NACZYŃ (MPA) (ICD-10: M31.3, M31.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>wiek 18 lat i więcej;</li> <li>rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA);</li> <li>ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia;</li> <li>wysoka aktywność choroby (2.1.);</li> <li>nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.).</li> <li>brak przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu określonych w Charakterystyce Produktu Lecniczego.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do programu można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS/WG i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby</p>	<p>Dawkowanie i sposób podawania <b>rytuksymabu</b> – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Lecniczego.</p> <p>Po indukcji remisji w wyniku stosowania rytuksymabu zalecane jest stosowanie leczenia podtrzymującego remisję.</p> <p>Leczenie podtrzymujące rytuksymabem w ramach programu można rozpocząć po potwierdzeniu adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem (ocena przeprowadzona po 180 dniach (<math>\pm 14</math>) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego rytuksymabem), jednak nie wcześniej niż 16 tygodni po podaniu ostatniego wlewu leku.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;</li> <li>badanie ogólne moczu;</li> <li>dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);</li> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>OB;</li> <li>aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li> <li>aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</li> <li>białko C-reaktywne (CRP);</li> <li>kreatynina;</li> <li>eGFR;</li> <li>przeciwciała anty-HCV;</li> <li>przeciwciała anty-HBc;</li> <li>obecność antygeny HBs;</li> <li>przeciwciała anty-HIV;</li> <li>przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);</li> <li>stężenie immunoglobulin:</li> </ol>

grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA).

## 2. Definicje

### 2.1. Wysoka aktywność choroby to:

1) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy

lub

2) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce większej jak 10 mg na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych.

### 2.2. Nieskuteczność terapii standardowej to:

1) brak poprawy definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby w skali BVAS/WG o co najmniej 50% po 3 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego

lub

2) utrzymywanie się aktywnej choroby definiowanej jako obecność co najmniej 1 dużego lub 3 małych objawów aktywnej choroby w skali BVAS/WG po 6 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego

lub

3) wczesny nawrót choroby definiowany jako nawrót dotychczasowych objawów lub wystąpienie nowych potwierdzony wzrostem aktywności choroby w skali BVAS/WG  $\geq 3$  w trakcie

a) IgG,

b) IgM,

c) IgA;

17) EKG;

18) RTG lub TK klatki piersiowej (do 1 miesiąca przed kwalifikacją);

19) Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy.

## 2. Monitorowanie leczenia rytuksymabem

### 2.1. Pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii po 90 i 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego rytuksymabem wykonując następujące badania:

1) badanie ogólne moczu;

2) morfologia krwi z rozmazem;

3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);

4) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);

5) eGFR;

6) kreatynina.

### 2.2. Oprócz badań wymienionych w pkt 2.1 po 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego rytuksymabem należy wykonać następujące badania:

1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;

2) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);

3) OB;

4) białko C-reaktywne (CRP);

<p>pierwszych 6 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego remisję</p> <p>lub</p> <p>4) częste nawroty choroby definiowane jako przynajmniej jedno zaostrzenie w czasie ostatnich 12 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego, którego nie daje się opanować zwiększeniem dawek leków stosowanych w terapii podtrzymującej do rekomendowanych.</p> <p><b>2.3. Standardowe leczenie indukujące remisję to:</b></p> <p>1) cyklofosfamid podawany doustnie w dawce 2 mg/kg/dobę (max. 200 mg/dobę) przez 3-6 miesięcy</p> <p>lub</p> <p>2) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach po 0,75 g/m<sup>2</sup> powierzchni ciała co 4 tygodnie przez 6 miesięcy</p> <p>lub</p> <p>3) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach 15 mg/kg masy ciała (max. 1,2 g; 3 pulsy co 2 tygodnie, następnie 3-6 pulsów co 3 tygodnie)</p> <p>- w skojarzeniu z odpowiednimi dawkami glikokortykosteroidów.</p> <p>Dawki cyklofosfamidu mogą być odpowiednio zmodyfikowane w przypadku:</p> <p>a) upośledzenia funkcji nerek</p> <p>lub</p> <p>b) wieku &gt; 60 lat</p> <p>lub</p> <p>c) polekowej cytopenii.</p> <p><b>2.4. Leczenie podtrzymujące remisję to:</b></p>		<p>5) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);</p> <p>6) stężenie immunoglobulin:</p> <p>a) IgG,</p> <p>b) IgM,</p> <p>c) IgA;</p> <p>7) EKG;</p> <p>8) RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza).</p> <p><b>2.3. W trakcie leczenia podtrzymującego rytuksymabem pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii co 180 dni (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia podtrzymującego rytuksymabem wykonując badania opisane w pkt. 2.1 oraz 2.2.</b></p> <p><b>3. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem</b></p> <p>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;</p> <p>2) badanie ogólne moczu;</p> <p>3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);</p> <p>4) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>5) OB;</p> <p>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>8) białko C-reaktywne (CRP);</p> <p>9) kreatynina;</p> <p>10) eGFR;</p>
--	--	---

<p>1) azatiopryna w dawce 2 mg/kg/dobę lub 2) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień lub 3) leflunomid w dawce 20 mg/dobę lub 4) mykofenolan mofetylu w dawce 3 g/dobę lub 5) rytuksymab w leczeniu podtrzymującym należy podawać w dwóch wlewach dożylnych po 500 mg w odstępie dwóch tygodni, po których podaje się wlew dożylny 500 mg co 6 miesięcy. Pacjenci powinni otrzymywać rytuksymab przez co najmniej 24 miesiące po osiągnięciu po osiągnięciu adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem (brak klinicznych objawów przedmiotowych i podmiotowych). W przypadku pacjentów mogących podlegać większemu ryzyku nawrotu, lekarze powinni rozważyć dłuższy, trwający do 5 lat, czas leczenia podtrzymującego rytuksymabem.</p> <p>- jeśli nie ma przeciwwskazań i zalecane dawki są dobrze tolerowane; w skojarzeniu z małymi dawkami glikokortykosteroidów (prednizon <math>\leq 7,5</math> mg/dobę).</p> <p><b>2.5. Przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję to:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na cyklofosfamid;</li><li>2) udokumentowane działania niepożądane cyklofosfamidu;</li><li>3) choroby powodujące zastój w drogach żółciowych;</li><li>4) czynne zakażenia;</li><li>5) ciąża.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>11) przeciwciała anty-HCV;</li><li>12) obecność antygenu HBs;</li><li>13) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);</li><li>14) stężenie immunoglobulin:<ol style="list-style-type: none"><li>a) IgG,</li><li>b) IgM,</li><li>c) IgA;</li></ol></li><li>15) EKG;</li><li>16) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesiąca przed podaniem leku).</li></ol> <p>Na podstawie wyników badań zgromadzonych w SMPT, w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) dokonuje analizy wskaźników odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– adekwatna odpowiedź na leczenie indukcyjne rytuksymabem</li><li>– adekwatna odpowiedź na leczenie podtrzymujące rytuksymabem</li></ul> <p>Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p>
--	--	--

**2.6. Adekwatna odpowiedź na leczenie to:**

- 1) w przypadku leczenia indukcyjnego rytuksymabem – brak klinicznych objawów aktywnej choroby, definiowany jako BVAS/WG = 0, stwierdzony podczas wizyty monitorującej skuteczność leku po 180 (+/- 14) dniach od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego;
- 2) w przypadku leczenia podtrzymującego rytuksymabem – brak klinicznych objawów aktywnej choroby, definiowany jako BVAS/WG = 0, stwierdzany podczas wizyt monitorujących skuteczność leku co 180 (+/- 14) dni od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem.

**3. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów**

Do programu włączani są pacjenci, którzy byli uprzednio leczeni rytuksymabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP), pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu przed zastosowaniem leku, wykazano w tym czasie skuteczność podawanego leku zgodnie z kryteriami programu i włączenie do programu będzie umożliwiać zachowanie ciągłości leczenia.

W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu.

**4. Kryteria zakończenia leczenia w programie**

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach ( $\pm 14$ ) od podania;
- 2) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego rytuksymabem z następowym leczeniem podtrzymującym lekiem innym niż

**4. Monitorowanie programu**

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

rytuksymab - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 180 dniach ( $\pm 14$ ) od rozpoczęcia terapii indukcyjnej rytuksymabem;

3) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego i podtrzymującego rytuksymabem - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach ( $\pm 14$ ) od jego rozpoczęcia i utrzymanie adekwatnej odpowiedzi po każdych 180 dniach ( $\pm 14$ ) od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem;

4) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego rytuksymabem i nieskutecznego następnego leczenia podtrzymującego rytuksymabem - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach ( $\pm 14$ ) od jego rozpoczęcia i nawrót aktywnej choroby po okresie remisji, wymagający zastosowania leczenia indukcyjnego, do którego doszło w trakcie terapii podtrzymującej rytuksymabem;

5) pojawienie się przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

#### **5. Kryteria wznowienia leczenia pacjentów w programie**

1) pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z powodu spełnienia kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne lub podtrzymujące rytuksymabem (zgodnie z kryteriami zakończenia leczenia w programie opisanymi w pkt. 4.2 lub pkt 4.3.), a u którego stwierdzono nawrót choroby (wzrost w skali BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów), może mieć wznowione leczenie w programie bez wstępnej kwalifikacji;

2) pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z innych powodów niż spełnienie kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie (w tym zgodnie z kryteriami zakończenia leczenia w programie opisanymi w pkt. 4.1. lub 4.4.), u którego stwierdzono



<p>nawrót choroby (wzrost w skali BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów) musi przejść ponowną kwalifikację do programu;</p> <p>3) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą oraz okresem karmienia piersią.</p>		
---	--	--

Załącznik B.76.

**LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1).</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą;</li> <li>2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu;</li> <li>3) brak skuteczności leczenia;</li> <li>4) przeszczepienie wątroby;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie nityzynonu</b> Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu;</li> <li>2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;</li> <li>3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny</li> <li>4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;</li> <li>5) morfologia krwi, z płytkami krwi;</li> <li>6) ALAT, AspAT;</li> <li>7) bilirubina całkowita i frakcje;</li> <li>8) fosfataza alkaliczna;</li> <li>9) GGTP;</li> <li>10) INR;</li> <li>11) czas protrombinowy;</li> <li>12) APPT;</li> <li>13) białko całkowite, albuminy we krwi;</li> <li>14) gazometria;</li> <li>15) sód, potas, chlorki we krwi;</li> <li>16) wapń, fosfor we krwi i moczu;</li> <li>17) mocznik, kreatynina we krwi;</li> <li>18) kwas moczowy we krwi i moczu;</li> <li>19) kreatynina w moczu;</li> <li>20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;</li> <li>21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;</li> </ol>

<p>5) inne przeciwwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.</p>		<p>22) konsultacja dietetyczna.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozydemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie bursztyniloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;</li><li>2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny;</li><li>3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;</li><li>4) morfologia krwi, z płytkami krwi;</li><li>5) ALAT, AspAT;</li><li>6) bilirubina całkowita i frakcje;</li><li>7) fosfataza alkaliczna;</li><li>8) GGTP;</li><li>9) INR;</li><li>10) czas protrombinowy;</li><li>11) APPT;</li><li>12) białko całkowite, albuminy we krwi;</li><li>13) gazometria;</li><li>14) sód, potas, chlorki we krwi;</li><li>15) wapń, fosfor we krwi i moczu;</li><li>16) mocznik, kreatynina we krwi;</li><li>17) kwas moczowy we krwi i moczu;</li><li>18) kreatynina w moczu;</li><li>19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;</li><li>20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;</li><li>21) konsultacja dietetyczna.</li></ol>
--	--	--

		<p>W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	--

Załącznik B.77.

**LECZENIE CHORYCH NA KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA (ICD-10: C81)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>W ramach programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina udostępnia się poniższe terapie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i>,</li> <li>2) <i>niwolumab w monoterapii</i>,</li> </ol> <p><b><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></b></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stan sprawności według ECOG: 0-2;</li> <li>2) potwierdzony histologicznie klasyczny chłoniak Hodgkina;</li> <li>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li> <li>6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i></b></p> <p><u>Dorośli:</u> Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p><u>Dzieci:</u> Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg mc. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).</p> <p><b>1.2. <i>niwolumab</i></b></p> <p><u>Dorośli:</u> Zalecana dawka niwolumabu u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 240</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) stężenie kreatyniny,</li> <li>c) stężenie bilirubiny całkowitej,</li> <li>d) AST, ALT,</li> <li>e) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym),</li> <li>f) stężenie glukozy – w przypadku terapii <i>brentuksymabem vedotin w monoterapii</i>,</li> <li>g) oznaczenie poziomu TSH – w przypadku terapii <i>niwolumabem w monoterapii</i>;</li> </ol> </li> <li>2) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej;</li> <li>3) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym – w przypadku terapii <i>brentuksymabem vedotin w monoterapii</i>;</li> </ol>

<p>oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.2.1. brentuksymab vedotin w monoterapii</b></p> <p>Do leczenia brentuksymabem vedotin w ramach programu kwalifikują się pacjenci spełniający poniższe kryterium 1) albo 2):</p> <p>1) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie:</p> <p>a) po przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT)</p> <p>lub</p> <p>b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia, w przypadku, gdy auto-HSCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia,</p> <p>albo</p> <p>2) po auto-HSCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby, definiowanym jako obecność co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka:</p> <p>a) oporność na pierwszą linię leczenia;</p> <p>b) nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia;</p> <p>c) zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed auto-HSCT (pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30. a 45. dniem po auto-HSCT).</p> <p><b>1.2.2. niwolumab w monoterapii</b></p> <p>1) wiek 12 lat i powyżej;</p>	<p>mg podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie.</p> <p><u>Dzieci w wieku 12-18 lat:</u> Zalecana dawka niwolumabu wynosi 3mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie (maksymalnie 240 mg co 2 tygodnie).</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Czasowe zawieszenie leczenia niwolumabem jest możliwe zgodnie z opisem w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. brentuksymab vedotin w monoterapii:</b></p> <p><b>2.1.1.</b> Badania wykonywane przed każdym podaniem leku:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie kreatyniny;</li> <li>3) stężenie bilirubiny całkowitej;</li> <li>4) AST, ALT;</li> <li>5) stężenie glukozy.</li> </ol> <p><b>2.1.2. Ocena skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu.</li> </ol> <p><b>2.2. niwolumab w monoterapii</b></p> <p><b>2.2.1.</b> Badania wykonywane co 6-12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie kreatyniny;</li> <li>3) stężenie bilirubiny całkowitej;</li> <li>4) AST, ALT;</li> <li>5) oznaczenie poziomu TSH;</li> <li>6) stężenie sodu, potasu i wapnia.</li> </ol> <p><b>2.2.2. Ocena skuteczności leczenia</b></p>
---	---	---

<p>2) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie po wcześniejszym przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) oraz po leczeniu brentuksymabem vedotin albo nawrót lub oporność po wcześniejszym leczeniu brentuksymabem vedotin, gdy auto-HSCT nie stanowiło opcji leczenia;</p> <p>3) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.</p> <p><b>1.3.</b> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <p>1) <i>brentuksymabem vedotin w monoterapii</i> – leczenie może trwać maksymalnie do 16 cykli podanych w ciągu około roku;</p> <p>U chorych kwalifikowanych do programu według kryterium 1.2.1.1.b) i odpowiadających na leczenie brentuksymabem vedotin, wykonanie auto-HSCT nie wyklucza kontynuacji leczenia brentuksymabem vedotin do sumarycznej liczby 16 cykli.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) progresja choroby podczas leczenia nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia;</p> <p>2) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia;</p>		<p>Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia:</p> <p>1) TK lub PET/TK wykonane po 3 miesiącach leczenia albo wcześniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie badania obrazowe należy następnie wykonywać co pół roku.</p> <p><u>Kryteria odpowiedzi na leczenie brentuksymabem vedotin lub niwolumabem – należy stosować według aktualnych rekomendacji.</u></p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

<p>3) brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia – w przypadku chorych kwalifikowanych do programu z zastosowaniem brentuksymabu vedotin według kryterium 1.2.1.1. a) lub b);</p> <p>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu powyżej 3 według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria);</p> <p>6) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>7) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>8) rezygnacja pacjenta.</p>		
--	--	--



Załącznik B.79.

**LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ (ICD-10: C91.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>W ramach programu lekowego chorym na przewlekłą białaczkę limfocytową udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami:</b></p> <p><b>1) w I linii leczenia:</b></p> <p>a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanym statusem <i>IgHV</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>ibrutynib</i> w monoterapii,</li> <li>albo</li> <li>– <i>akalabrutynib</i> w monoterapii;</li> </ul> <p>b) pacjentom bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i>,</li> <li>albo</li> <li>– <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>obinutuzumabem</i>;</li> </ul> <p><b>2) w II i kolejnych liniach leczenia:</b></p> <p>a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>rytuksymabem</i>,</li> <li>– <i>ibrutynib</i> w monoterapii,</li> <li>– <i>akalabrutynib</i> w monoterapii,</li> <li>– <i>wenetoklaks</i> w monoterapii;</li> </ul>	<p><b>1. Dawkowanie:</b></p> <p><b>1.1. <i>ibrutynib</i> w monoterapii</b></p> <p>Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę.</p> <p><b>1.2. <i>akalabrutynib</i> w monoterapii</b></p> <p>Zalecana dawka akalabrutynibu wynosi 100 mg podawana dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg).</p> <p>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.</p> <p><b>1.3. <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i></b></p> <p><u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: zalecana dawka to 1000 mg, w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej:</p> <p>a) badanie na obecność antygenu CD20 (szczególnie przy stosowaniu terapii z przeciwciałami anti-CD20),</p> <p>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>c) badanie na obecność delecji 17p (del17p) lub mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub statusu mutacji w genach <i>IgHV</i>, zgodnie z kryteriami włączenia do poszczególnych schematów leczenia. Ww. badania należy wykonać, o ile badanie uprzednio wykonane nie wykazało obecności ww. zaburzeń genetycznych,</p> <p>d) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita, LDH),</p> <p>e) stężenie albumin i czas protrombinowy – w przypadku leczenia ibrutynibem lub akalabrutynibem,</p>

<p>b) pacjentom bez delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem</i>,</li> <li>– <i>ibrutynib w monoterapii</i>,</li> <li>– <i>akalabrutynib w monoterapii</i>.</li> </ul> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) stan sprawności według WHO: 0-2;</li> <li>3) rozpoznanie przewlekłej białaczki limfocytowej;</li> <li>4) obecność wskazań do leczenia wg International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (the National Cancer Institute-Working Group (IWCLL));</li> <li>5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>6) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li> <li>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>8) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li> <li>9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego;</li> </ol>	<p>można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.</p> <p><u>Chlorambucyl w cyklach 1-6:</u> zalecana dawka wynosi 0,5 mg/kg mc. w dniach 1. i 15. każdego cyklu.</p> <p><b>1.4. <i>wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem</i></b></p> <p><u>Wenetoklaks:</u> Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <p><u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p>	<p>f) stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia – w przypadku leczenia <i>wenetoklaksem w monoterapii</i> lub <i>wenetoklaksem w połączeniu z przeciwciałem anti-CD20</i>,</p> <p>g) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta,</p> <p>h) ocena masy guza z zastosowaniem badań obrazowych (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo w przypadkach uzasadnionych klinicznie TK lub MRI – wybór rodzaju badań do decyzji lekarza),</p> <p>i) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS;</p> <p>2) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb);</p> <p>3) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby C (w tym na obecność przeciwciał anti-HCV);</p> <p>4) EKG;</p> <p>5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. <i>ibrutynib w monoterapii lub akalabrutynib w monoterapii</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy terapii, a następnie co najmniej 1 raz na 3 miesiące: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li> </ol> </li> </ol>
--	--	---

<p>11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w I linii leczenia</b></p> <p><b>1.2.1. ibrutynib w monoterapii</b></p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;</p> <p>2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanego statusu <i>IgHV</i>.</p> <p><b>1.2.2. akalabrutynib w monoterapii</b></p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;</p> <p>2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanego statusu <i>IgHV</i>.</p> <p><b>1.2.3. obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem</b></p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+;</p> <p>2) wyniki parametrów:</p> <p>a) CrCl (klirens kreatyniny): &gt; 30ml/min oraz &lt; 70 ml/min lub</p> <p>b) liczba punktów wg skali CIRS &gt; 6;</p> <p>3) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych;</p> <p>4) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny.</p> <p><b>1.2.4. wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem</b></p>	<p>Wenetoklaks podaje się w 22. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Dawkę 400 mg przyjmuje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 12. Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS, może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia 1. dawki 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><u>Obinutuzumab w cyklu 1.:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia (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</p>	<p>2) badania wykonywane co 3 miesiące:</p> <p>a) aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>3) zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania:</p> <p>a) stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek,</p> <p>b) EKG w celu wykrycia migotania przedsionków.</p> <p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.2. obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem</b></p> <p>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego.</p> <p><b>2.3. wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem</b></p> <p>1) badania wykonywane w trakcie leczenia obinutuzumabem i wenetoklaksem (cykle 1-6) – przed każdym podaniem obinutuzumabu:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p>
--	---	--

<p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+;</p> <p>2) wyniki parametrów:</p> <p>a) CrCl (klirens kreatyniny): &gt; 30ml/min oraz &lt; 70 ml/min lub</p> <p>b) liczba punktów wg skali CIRS &gt; 6;</p> <p>3) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych.</p> <p><b>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w II i kolejnych liniach leczenia</b></p> <p><b>1.3.1. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53</b></p> <p>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;</p> <p>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).</p> <p><b>1.3.2. ibrutynib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53</b></p> <p>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;</p> <p>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).</p> <p><b>1.3.3. akalabrutynib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53</b></p> <p>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;</p>	<p>pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.</p> <p><b>1.5. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem</b></p> <p><u>Wenetoklaks:</u> Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <p><u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć</p>	<p>b) aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego,</p> <p>c) stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (przed rozpoczęciem cykli 3-6);</p> <p>2) badania wykonywane w trakcie dostosowywania dawki wenetoklaksu (od 22. dnia cyklu 1., a następnie co 1 tydzień przez 5 tygodni):</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p> <p>3) badania wykonywane w cyklach 7-12:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (przed rozpoczęciem każdego cyklu),</p> <p>b) stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej (przed rozpoczęciem cyklu 9 i 12).</p> <p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.4. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem lub wenetoklaks w monoterapii</b></p>
--	---	--

<p>2) udokumentowana obecność delekcji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>).</p> <p><b>1.3.4. wenetoklaks w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją <i>TP53</i>, u których nie powiodło się leczenie ibrutynibem</b></p> <p>1) niepowodzenie po leczeniu ibrutynibem;</p> <p>2) udokumentowana obecność delekcji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>).</p> <p><b>1.3.5. akalabrutynib w monoterapii dla chorych bez delekcji 17p lub mutacji <i>TP53</i></b></p> <p>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;</p> <p>2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>a) nawrót/progresja choroby po lub brak odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem anti-CD20,</p> <p>lub</p> <p>b) przeciwwskazania medyczne do zastosowania schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem anti-CD20 (tj. niespełnienie odpowiednich kryteriów kwalifikacji do terapii wenetoklaksem z przeciwciałem anti-CD20),</p> <p>lub</p> <p>c) toksyczność niepozwalająca na kontynuację leczenia wenetoklaksem i przeciwciałem anti-CD20.</p> <p><b>1.4.</b> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia</p>	<p>hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p> <p>Leczenie wenetoklaksem w dawce 400 mg powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia rytuksymabem i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania rytuksymabu w 1. dniu 1. cyklu.</p> <p><b>Rytuksymab:</b> Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia rytuksymabem następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki wenetoklaksu (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa rytuksymabu w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli.</p> <p><b>1.6. wenetoklaks w monoterapii</b></p> <p>Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <p><b>Tydzień 1</b> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><b>Tydzień 2</b> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><b>Tydzień 3</b> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><b>Tydzień 4</b> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p>	<p>1) badania wykonywane przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia;</p> <p>2) badania wykonywane po okresie dostosowywania dawki wenetoklaksu:</p> <p>a) co 1 miesiąc – morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) co 3 miesiące – stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p> <p>3) jedynie w przypadku terapii <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem</i> – EKG wykonywane co 28 dni w okresie leczenia rytuksymabem.</p> <p><b>3. Ocena skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia powinny być przeprowadzane co 3 miesiące, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytosą (w przypadku leczenia ibrutynibem lub akalabrutynibem):</p>
--	--	--

<p>leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z chlorambucylem</i> – leczenie trwa maksymalnie do 6 cykli;</li><li>2) <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzumabem</i> – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 12 cykli po 28 dni, przy czym przez 6 pierwszych cykli wenetoklaks podawany jest wraz z obinutuzumabem, natomiast przez kolejne 6 cykli (od 7 do 12 cyklu) wenetoklaks podawany jest w monoterapii;</li><li>3) <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem</i> – leczenie trwa maksymalnie do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg wenetoklaksu i podania rytuksymabu w 1. dniu 1. cyklu, przy czym rytuksymab stosowany jest przez 6 cykli.</li></ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka;</li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li><li>3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z zaleceniami odpowiedniej, aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego;</li><li>4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) – w przypadku terapii wenetoklaksem w połączeniu z przeciwciałem anti-CD20;</li></ol>	<p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktu Leczniczego poszczególnych leków.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li><li>2) badania obrazowe: USG jamy brzusznej lub CT klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy (potrzeba wykonania badań obrazowych i ich rodzaj - do decyzji lekarza w zależności od sytuacji klinicznej);</li><li>3) biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja szpiku przy potwierdzeniu całkowitej remisji lub w przypadku cytopenii o nieokreślonej przyczynie.</li></ol> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	---

<p>5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii – w przypadku terapii <i>wenetoklaksem</i> w <i>monoterapii</i> lub <i>wenetoklaksem</i> w połączeniu z przeciwciałem anty-CD20;</p> <p>6) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>7) rezygnacja pacjenta;</p> <p>8) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza.</p>		
--	--	--

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"> <li>1) ruksolitynib – dla chorych, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej;</li> <li>2) fedratynib – dla chorych, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni ruksolitynibem.</li> </ol> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pierwotnej mielofibrozy (PMF) albo</li> <li>b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) albo</li> <li>c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF)</li> </ol> </li> </ol> <p>- zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2016 oraz IWGMRT (do rozpoznania wymagany jest wynik</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie i modyfikacja dawkowania:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ruksolitynibu;</li> <li>2) fedratynibu</li> </ol> <p>odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL) odpowiedniego leku.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oceny wielkości śledziony,</li> <li>b) masy ciała,</li> <li>c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: <ul style="list-style-type: none"> <li>– poty nocne (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>– utrata masy ciała (<math>&gt;10\%</math> w okresie ostatnich 6 miesięcy) (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>– gorączka o nieznannej etiologii (<math>&gt;37,5^{\circ}\text{C}</math>) (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>– bóle kostne (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>– świąd (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>– zmęczenie (<math>\geq 4</math> pkt);</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem ocenionym mikroskopowo;</li> <li>3) aktywność transaminaz wątrobowych (AST, ALT);</li> <li>4) stężenie bilirubiny;</li> <li>5) stężenie kreatyniny w surowicy;</li> </ol>



<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 <math>\geq 5</math> cm poniżej lewego łuku żebrowego) w badaniu palpacyjnym oraz w badaniu ultrasonograficznym;</p> <p>6) liczba płytek krwi <math>&gt; 50</math> tysięcy/<math>\mu</math>l;</p> <p>7) wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS:</p> <p>a) poty nocne (<math>\geq 4</math> pkt),</p> <p>b) utrata masy ciała (<math>&gt; 10\%</math> w okresie ostatnich 6 miesięcy) (<math>\geq 4</math> pkt),</p> <p>c) gorączka o nieznannej etiologii (<math>&gt; 37,5^{\circ}\text{C}</math>) (<math>\geq 4</math> pkt),</p> <p>d) bóle kostne (<math>\geq 4</math> pkt),</p> <p>e) świąd (<math>\geq 4</math> pkt),</p>		<p>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><b>2. Monitorowanie leczenia</b></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"><li>- poty nocne (<math>\geq 4</math> pkt),</li><li>- utrata masy ciała (<math>&gt; 10\%</math> w okresie ostatnich 6 miesięcy) (<math>\geq 4</math> pkt),</li><li>- gorączka o nieznannej etiologii (<math>&gt; 37,5^{\circ}\text{C}</math>) (<math>\geq 4</math> pkt),</li><li>- bóle kostne (<math>\geq 4</math> pkt),</li><li>- świąd (<math>\geq 4</math> pkt),</li><li>- zmęczenie (<math>\geq 4</math> pkt);</li></ul> <p>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 (<math>\geq 4</math> 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"><li>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),</li><li>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy,</li><li>– stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy;</li></ul> <p>b) w przypadku kwalifikacji do leczenia fedratynibem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),</li><li>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy.</li></ul> <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"><li>– co 2-4 tygodnie – do czasu ustabilizowania dawki ruksolitynibu, a następnie w zależności od wskazań klinicznych oraz zgodnie z zasadami określonymi w ChPL,</li><li>– co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby – u pacjentów z niewydolnością wątroby,</li></ul> <p>b) w przypadku leczenia fedratynibem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, a następnie w zależności od wskazań klinicznych;</li></ul> <p>2) wszystkie badania kontrolne:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– po 3 miesiącach leczenia (za wyjątkiem USG jamy brzusznej), następnie</li><li>– po 6 miesiącach leczenia, a następnie</li><li>– nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia.</li></ul> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p>
---	--	--

<p><b>2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</b></p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na substancję czynną leku lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) ciąża lub karmienie piersią.</li></ol> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciąża;</li><li>2) brak lub utrata odpowiedzi po leczeniu rozumiane jako:<ol style="list-style-type: none"><li>a) w przypadku zastosowania ruksolitynibu lub fedratynibu u chorych, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej:<ul style="list-style-type: none"><li>– brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziona – po 3 miesiącach leczenia</li></ul></li><li>lub</li><li>– 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</li></ol></li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	--

<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po:<ul style="list-style-type: none"><li>i. 3 miesiącach leczenia lub</li><li>ii. 6 miesiącach leczenia, lub</li><li>iii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia,</li></ul></li></ul> <p>b) w przypadku zastosowania fedratynibu po wcześniejszym leczeniu ruksolitynibem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– 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</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po:<ul style="list-style-type: none"><li>i. 3 miesiącach leczenia, lub</li><li>ii. 6 miesiącach leczenia, lub</li><li>iii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia;</li></ul></li></ul> <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><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></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 &gt; 3 miesięcy i pojawieniem się objawów przed 45 r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych lub przyczepów ścięgniastych z rozpoznaniem spondyloartropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS</p> <p>oraz</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></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 etanerceptu lub iksekizumabu lub sekukinumabu łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></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 ( $\pm 1$  miesiąc) i 6 miesiącach ( $\pm 1$  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 ( $\pm 1$  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 <math>\geq 4</math> lub ASDAS <math>\geq 2,1</math> w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>2) ból kręgosłupa <math>\geq 4</math> oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>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"><li>– obraz kliniczny choroby,</li><li>– czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,</li><li>– wyniki badania wskaźników ostrej fazy,</li><li>– wyniki badań obrazowych,</li><li>– status aktywności zawodowej,</li><li>– występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,</li><li>– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia;</li></ul> <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"><li>a) obraz kliniczny choroby,</li><li>b) czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,</li><li>c) wyniki badania wskaźników ostrej fazy,</li><li>d) wyniki badań obrazowych,</li><li>e) status aktywności zawodowej,</li><li>f) występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,</li><li>g) współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia.</li></ul> <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 ( $\pm 1$  miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI  $\geq 50\%$  lub  $\geq 2$  jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o  $50\%$  lub  $\geq 1,1$  jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,
- b) po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI  $< 3$  albo ASDAS  $< 1,3$ .

3.2. W przypadku postaci obwodowej:

- a) po 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej  $30\%$  w stosunku do wartości sprzed 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 ( $\pm 1$  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

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 nieradiograficznej SpA postaci osiowej i obwodowej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa (certolizumab pegol, etanercept) oraz dwóch inhibitorów IL-17 (sekukinumab, iksekizumab).

4.3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.

4.4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.

#### **5. Kryteria wyłączenia z programu**

5.1. Brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C.

5.2. Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. C stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących.

5.3. Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.

**6. Czas leczenia w programie**

- 6.1. Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.
- 6.2. W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.
- 6.3. Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt C ppkt 1b) lub 2b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach ( $\pm 1$  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.85.

## LECZENIE PACJENTÓW Z GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10: C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.5, C25.6, C25.7, C25.8, C25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie przerzutowego gruczolaka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych);</li> <li>2) stopień sprawności według skali Karnofsky'ego – 70 lub więcej;</li> <li>3) wiek 18 lat lub powyżej;</li> <li>4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby);</li> <li>5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX;</li> <li>6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia;</li> <li>7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek;</li> </ol>	<p><b>1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie</b></p> <p>Lek zawierający nanocząsteczkowy kompleks paklitakselu z albuminą jest stosowany w skojarzeniu z gemcytabiną.</p> <p>Dawkowanie nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny w leczeniu skojarzonym prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2</b></p> <p><b>2.1. Dawkowanie</b></p> <p>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w postaci tabletek.</p> <p>Rozpoczęcie leczenia olaparybem - do 8 tygodni od ostatniej dawki chemioterapii zawierającej związku platyny.</p>	<p><b>1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) TK brzucha i miednicy;</li> <li>2) RTG lub TK klatki piersiowej;</li> <li>3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów;</li> <li>4) morfologia krwi;</li> <li>5) poziom AspAT i AlAT;</li> <li>6) stężenie bilirubiny;</li> <li>7) stężenie kreatyniny;</li> <li>8) EKG.</li> </ol> <p>Badania przy kwalifikacji winny być wykonywane w okresie nie dalszym niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie za wyjątkiem badania TK, które może być wykonywane w okresie do 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie.</p>

<p>a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 raza górnej granicy wartości prawidłowych,</p> <p>b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych;</p> <p>8) wartość stężenia hemoglobiny – 10 g/dl lub większa.</p> <p>Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki, leczeni <i>Paclitaxelum albuminatum</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ.</p> <p><b>1.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii</b></p> <p>Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) liczba neutrofilii mniejsza niż 1 500 w mm<sup>3</sup> lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w mm<sup>3</sup>;</li><li>2) ciąża;</li><li>3) laktacja.</li></ol> <p><b>1.3. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów zakończenia udziału w programie.</p> <p>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p><b>1.4. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Z programu wyłączeni są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:</p>		<p><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania:<ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi,</li><li>b) poziom AspAT i AlAT,</li><li>c) stężenie bilirubiny,</li><li>d) stężenie kreatyniny,</li></ol>oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta;</li><li>2) co 2 cykle leczenia wykonuje się:<ol style="list-style-type: none"><li>a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej,</li><li>b) RTG lub TK klatki piersiowej,</li><li>c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych,</li><li>d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT;</li></ol></li><li>3) EKG w zależności od wskazań klinicznych.</li></ol> <p><b>2. Terapie olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MRI) jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych. Badanie należy wykonać po zakończeniu chemioterapii;</li><li>2) badanie RTG klatki piersiowej, jeśli TK/MRI (pkt.1) nie obejmowało tej okolicy ciała;</li><li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>4) oznaczenie w surowicy stężenia:</li></ol>
--	--	--

- 1) progresja zmian mierzalnych ustalona według kryteriów RECIST na podstawie wyników badań obrazowych;
- 2) brak zadowalającej tolerancji leczenia (obecność niepożądanych działań w stopniach 3. lub 4.) mimo maksymalnego zredukowania dawki nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą i gemcytabiny zgodnie z zaleceniami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych, które zostało przeprowadzone w związku z wystąpieniem działań niepożądanych;
- 3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.

## **2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2**

### **2.1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) rozpoznanie gruczolakoraka trzustki, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie:
  - a) u chorych w stadium rozsiewu poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny
  - lub
  - b) u chorych w stadium miejscowego zaawansowania nie kwalifikujących się do leczenia radykalnego, ale poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny (wymagana jest konsultacja chirurgiczna o możliwości leczenia radykalnego przed oraz po chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyn);
- 2) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji dziedzicznej w genach BRCA1/BRCA2 potwierdzone w badaniu NGS(*Next Generation Sequencing*)- jeśli badanie u pacjenta zostało wykonane wcześniej, możliwe jest wykorzystanie badania wykonanego inną metodą niż NGS;

- a) kreatyniny,
- b) bilirubiny;
- 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);
- 6) inne badania w razie wskazań klinicznych.

### **2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa**

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia w surowicy:
  - a) kreatyniny,
  - b) bilirubiny;
- 3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);
- 4) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się co miesiąc.

### **2.3. Monitorowanie skuteczności**

- 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;
- 2) RTG klatki piersiowej, jeśli nie była wykonana TK/ RMI (zgodnie z pkt. 1);
- 3) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:

- a) przed upływem 4 miesięcy terapii od dnia jej rozpoczęcia u wszystkich zakwalifikowanych do programu lub wcześniej w przypadku wskazań klinicznych,
- b) następnie w zależności od wskazań klinicznych, nie rzadziej niż co 3 miesiące; z możliwością dwutygodniowego opóźnienia daty wykonania w

- 3) odpowiedź całkowita (CR), częściowa (PR) lub stabilizacja choroby (SD) po chemioterapii zawierającej pochodne platyny zastosowanej jako pierwsza linia leczenia paliatywnego. Pacjenci powinni otrzymywać co najmniej 16 tygodni terapii opartej na związkach platyny i pozostać bez oznak progresji choroby do momentu włączenia olaparybu;
- 4) ECOG 0-1;
- 5) wiek 18 lat lub powyżej;
- 6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem oraz wskaźniki czynności wątroby i nerek umożliwiające leczenie zgodnie z ChPL Lynparza tabletki.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, za wyjątkiem badań klinicznych, których leczenie było prowadzone w ramach innych sposobów finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

### **2.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii**

Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci z przeciwwskazaniami do stosowania olaparybu.

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

Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów wyłączenia.

Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego i dopuszczalne jest na okres maksymalnie 28 dni.

przypadku uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia.

Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.

### **3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji 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><b>2.4. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia, co najmniej jednego z poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby wg aktualnych kryteriów RECIST;</li><li>2) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu <math>\geq 3</math> według klasyfikacji NCI CTC;</li><li>3) istotne i długotrwałe pogorszenie jakości życia lub stanu sprawności ogólnej w stosunku do wartości wyjściowych.</li></ol>		
---	--	--



Załącznik B.86.

**LECZENIE PACJENTÓW Z WRODZONYMI ZESPOŁAMI AUTOZAPALNYMI (ICD-10: E85, R50.9, D89.8, D89.9)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

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><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</b></p> <p>Wrodzone zespoły autozapalne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>– noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skóro-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome),</li> <li>– zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome),</li> <li>– zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome);</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania obowiązkowe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna,</li> <li>b) morfologia krwi pełna z rozmazem,</li> <li>c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen,</li> <li>d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,</li> <li>e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny,</li> <li>f) albuminy, proteinogram,</li> <li>g) ocena ciśnienia tętniczego,</li> <li>h) badanie ogólne moczu,</li> <li>i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV,</li> <li>j) RTG klatki piersiowej,</li> <li>k) USG jamy brzusznej.</li> </ul> <p><b>1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,</li> </ul>

<p>b) inne wrodzone zespoły autozapalne:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1,</li><li>- FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny;</li></ul> <p>c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- zespół Schnitzler;</li></ul> <p>d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego Sekcja Chorób Autozapalnych i Wrodzonego Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Zakończenie leczenia w programie</b></p> <p>Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę;</li><li>b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia;</li><li>c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny &lt; 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich - Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego;</li></ul>		<p>b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN),</p> <p>c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka),</p> <p>d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca,</p> <p>e) konsultacja stomatologiczna,</p> <p>f) DZM na białko.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy (lub w pierwszych 3 miesiącach w przypadku wątpliwości co do skuteczności terapii) od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie SMPT karty monitorowania terapii.</p> <p><b>2.1. Badania obowiązkowe</b></p> <p>Badania kontrolne w monitorowaniu leczenia wymienione w punktach a-g należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 8 tygodni w pierwszych 6 miesiącach leczenia i nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w kolejnych:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA),</li><li>b) morfologia krwi pełna z rozmazem,</li><li>c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen,</li><li>d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,</li></ul>
---	--	--

<p>d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem.</p>		<p>e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu, g) ocena ciśnienia tętniczego.</p> <p><b>2.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarazadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego</b></p> <p>Badania kontrolne wymienione poniżej należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzonych u pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia:</p> <p>a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu, b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN), c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie</p>
---	--	--

		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

Załącznik B.87.

**LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu</i>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wiek powyżej 18. roku życia;</li> <li>2) Rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc;</li> <li>3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca;</li> <li>4) FVC powyżej 50% wartości należnej;</li> <li>5) DLco powyżej 30%;</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie w programie prowadzone jest do czasu spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Spirometria;</li> <li>2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco);</li> <li>3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości);</li> <li>4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ;</li> <li>5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;</li> <li>6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy;</li> <li>7) Klirens kreatyniny endogennej;</li> <li>8) Morfologia krwi.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Spirometria;</li> <li>b) DLco</li> <li>c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Progresa choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia.</li> <li>2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie;</li> <li>4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy;</li> <li>5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby;</li> <li>6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii;</li> <li>7) Ciąża i karmienie piersią;</li> <li>8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca.</li> <li>9) Brak zgody na leczenie</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy;</li> <li>3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące;</li> </ol> </li> <li>4) Morfologia krwi co 6 miesięcy.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li> </ol>
<b><i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu</i></b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wiek <math>\geq</math> 18 lat;</li> <li>b) rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy;</li> <li>2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc;</li> </ol>

<p>c) w przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca;</p> <p>d) FVC <math>\geq</math> 50% wartości należnej;</p> <p>e) pojemność dyfuzyjna płuca DL<sub>CO</sub> powyżej 30%;</p> <p>f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>nadwrażliwość na lek,</li><li>cięża,</li><li>karmienie piersią,</li><li>inne przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</li></ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia.</li><li>2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze;</li><li>3) cięża lub karmienie piersią;</li><li>4) przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li><li>5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) badanie spirometryczne;</li><li>4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL<sub>CO</sub></li><li>5) morfologia krwi;</li><li>6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego;</li><li>7) 12-odprowadzeniowe EKG.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie spirometryczne co 6 m-cy;</li><li>2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy;</li><li>3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL<sub>CO</sub> co 6 m-cy;</li><li>4) morfologia krwi co 6 miesięcy,</li><li>5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie;</li><li>6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li></ol>
---	--	--

<p>toksyczności zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.</p>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---



Załącznik B.88.

**LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY (ICD-10: C44)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się dwie linie leczenia zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry (BCC) substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wismodegib;</li> <li>2) cemiplimab.</li> </ol> <p>W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie pacjentów z zastosowaniem inhibitora szlaku Hedgehog (wismodegib), u których stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwwskazania do radioterapii.</li> </ol> <p>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p>	<p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p> <p><b>1. Wismodegib</b></p> <p>Zalecana dawka wismodegibu wynosi 150 mg, przyjmowana raz na dobę.</p> <p><b>2. Cemiplimab</b></p> <p>Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami;</li> <li>2) potwierdzenie patomorfologiczne progresji tylko w przypadku, gdy dotyczy ona pojawienia się innych – niż stwierdzone wcześniej – ognisk nowotworu - dotyczy terapii cemiplimabem;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>7) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>9) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>10) oznaczenie TSH, FT4 – dotyczy terapii cemiplimabem;</li> <li>11) test na HIV, HCV, HBV – dotyczy terapii cemiplimabem;</li> <li>12) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</li> </ol>

<p>1) leczenie pacjentów z zastosowaniem immunoterapii (cemiplimab), u których stwierdzono progresję choroby lub nietolerancję w trakcie terapii inhibitorem szlaku Hedgehog.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) rak podstawnokomórkowy skóry z przerzutami odległymi lub miejscowo zaawansowany u pacjentów, u których nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub</li><li>b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym;</li></ul> <p>2) histopatologiczne potwierdzenie przerzutów odległych jako ognisk raka podstawnokomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnokomórkowego;</p> <p>3) wiek <math>\geq 18</math> roku życia;</p> <p>4) stan sprawności 0-2 wg ECOG;</p> <p>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>6) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;</p> <p>7) przestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej ChPL przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn;</p> <p>8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną ChPL;</p>		<p>13) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);</p> <p>14) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych;</p> <p>15) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li><li>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>5) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>8) oznaczenie TSH i FT4 -dotyczy terapii cemiplimabem;</li><li>9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</li><li>10) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li></ul> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) pierwsze badanie do końca 6 tygodnia od rozpoczęcia leczenia, następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni – przed decyzją o kontynuowaniu leczenia – w przypadku terapii wismodegibem;</li></ul>
---	--	--

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

10) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.

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

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO);
- 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia;
- 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
- 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;

- 2) przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9-12 tygodni (3 cykle) – w przypadku terapii cemiplimabem.

## 3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia

- 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);
- 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru (w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST);
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- a) nie rzadziej niż co 8 tyg. w przypadku terapii wismodegibem;
- b) nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) w przypadku terapii cemiplimabem

oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.

Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy: progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO).

W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji

<p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),</li><li>b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),</li><li>c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).</li></ul>		<p>pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,</li><li>– stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),</li><li>– całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).</li></ul> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</li></ol>
---	--	--

Załącznik B.89.

## LECZENIE EWEROLIMUSEM CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE Z NIEKWALIFIKUJĄCYMI SIĘ DO LECZENIA OPERACYJNEGO GUZAMI PODWYŚCIÓŁKOWYMI OLBRZYMIOKOMÓRKOWYMI (SEGA) ICD-10 Q85.1

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) Stwardnienie guzowate potwierdzone badaniem genetycznym (geny TSC1, TSC2) lub pewne rozpoznanie kliniczne stwardnienia guzowatego według zmodyfikowanych kryteriów diagnostycznych (Northrup H et al. <i>Pediatr Neurol.</i> 2013;49:243-54).</p> <p><b>Kryteria większe:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. angiofibroma twarzy (<math>\geq 3</math>) lub płaskie włókniaki głowy;</li> <li>2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (<math>\geq 2</math>);</li> <li>3. znamiona bezbarwne (<math>\geq 3</math>, o średnicy co najmniej 5 mm);</li> <li>4. ogniska skóry szagrynowej;</li> <li>5. mnogie hamartoma siatkówki;</li> <li>6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines);</li> <li>7. guzki podwyściółkowe mózgu;</li> <li>8. gwiazdzik podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie jest ustalane indywidualnie na podstawie obliczonej powierzchni ciała (pc.) za pomocą wzoru Dubois'a, gdzie masa (m) wyrażona jest w kilogramach i wzrost (l) w centymetrach:</p> $pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$ <p>Zalecana dawka początkowa ewerolimusu w leczeniu pacjentów z SEGA wynosi 4,5 mg/m<sup>2</sup> pc. Aby osiągnąć pożądaną dawkę można połączyć różne dawki tabletek produktu leczniczego ewerolimus.</p> <p>Minimalne stężenie ewerolimusu we krwi pełnej należy oceniać po około 2 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Dawkę należy ustalić w taki sposób, aby osiągnąć minimalne stężenie 5 do 15 ng/ml. Dawkę można zwiększyć, aby osiągnąć większe stężenie minimalne w obrębie zakresu docelowego, aby osiągnąć maksymalną skuteczność w zależności od tolerancji.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego.</li> <li>2) Badanie morfologii krwi z rozmazem.</li> <li>3) Badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) aktywność transaminaz wątrobowych,</li> <li>b) stężenie bilirubiny,</li> <li>c) stężenie kreatyniny,</li> <li>d) stężenie glukozy,</li> <li>e) stężenie lipidów na czczo.</li> </ol> </li> <li>4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV.</li> <li>5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy.</li> <li>6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p>

<p>(SEGA);</p> <p>9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma);</p> <p>10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis);</p> <p>11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek.</p> <p><b>Kryteria mniejsze:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mnogie ubytki szkliwa (&gt;3);</li> <li>2. włókniaki jamy ustnej (≥2);</li> <li>3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji;</li> <li>4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch);</li> <li>5. plamy na skórze typu „confetti” ;</li> <li>6. mnogie torbiele nerek.</li> </ol> <p>Rozpoznanie stwardnienia guzowego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze.</p> <p>2) Obecność przynajmniej jednej zmiany SEGA, potwierdzona w badaniu MRI lub CT, niekwalifikującej się do leczenia chirurgicznego według opinii zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga.</p> <p>3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni ewerolimusem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez</p>	<p>Objętość SEGA należy ocenić po około 3 miesiącach leczenia ewerolimusem z uwzględnieniem kolejnych zmian dawki biorąc pod uwagę zmiany objętości SEGA, odpowiednie stężenie minimalne i tolerancję.</p> <p>Jeśli osiągnięto stałą dawkę, u pacjentów ze zmienną powierzchnią ciała minimalne stężenia należy monitorować co 3 do 6 miesięcy, a u pacjentów ze stałą powierzchnią ciała co 6 do 12 miesięcy, przez cały okres leczenia.</p> <p>Sposób podawania: Ewerolimus musi być podawany doustnie, raz na dobę o tej samej porze, z posiłkiem lub bez. Ewerolimus w postaci tabletek połyka się w całości popijając szklanką wody. Tabletek nie wolno żuć ani rozgryzać. Jeżeli pacjent nie jest w stanie połknąć tabletki, lek można całkowicie rozpuścić w szklance z wodą (około 30 ml) mieszając delikatnie, tuż przed przyjęciem leku. Po wypiciu zawiesiny, wszelkie pozostałości muszą być ponownie rozpuszczone w takiej samej ilości wody i następnie wypite.</p> <p>W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze.</p> <p><b>Zalecenia dotyczące monitorowania stężenia terapeutycznego, dostosowania dawki ewerolimusu i postępowania w przypadku specjalnych grup pacjentów, oraz wystąpienia działań niepożądanych</b></p>	<p>1) Badanie głowy metodą rezonansu magnetycznego w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby.</p> <p>2) Oznaczenie stężenia ewerolimusu we krwi za pomocą atestowanej metody: po 2 tygodniach leczenia, a następnie po wszelkich zmianach dawki ewerolimusu bądź po rozpoczęciu podawania lub zmianie dawkowania podawanych równocześnie induktorów lub inhibitorów CYP3A4.</p> <p>3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie morfologii krwi z rozmazem,</li> <li>b) podstawowe badania biochemiczne: <ul style="list-style-type: none"> <li>— aktywność transaminaz wątrobowych,</li> <li>— stężenie bilirubiny,</li> <li>— stężenie kreatyniny,</li> <li>— stężenie glukozy,</li> <li>— lipidogram na czczo.</li> </ul> </li> </ol> <p>4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych.</p> <p>5) Posiew pobranego materiału i/lub badania serologiczne krwi (plwocina, wymaz z jamy ustnej i gardła, wymaz z rany itd.) w przypadku podejrzenia czynnego zakażenia grzybiczego, wirusowego lub bakteryjnego.</p> <p>6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby</p>
---	--	---

<p>oddziały NFZ.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA.</p> <p>2) Istotne zaburzenia hematologiczne, zaburzenia wątroby lub nerek (poziom aktywności transaminaz &gt;2.5x górna granica normy lub stężenie bilirubiny w osoczu &gt;1.5x górna granica normy lub stężenie kreatyniny w surowicy &gt;1.5x górna granica normy, stężenie hemoglobiny &lt; 9 g/dl, liczba płytek krwi &lt;80 000/mm<sup>3</sup>, całkowita liczba neutrofilów &lt;1 000 /mm<sup>3</sup>).</p> <p>3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu.</p> <p>4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C.</p> <p>5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia.</p> <p>6) Niekontrolowana hiperlipidemia: stężenie cholesterolu na czczo w surowicy &gt;300 mg/dl i stężenie triglicerydów</p>	<p><b>oraz specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</b></p>	<p>typu B/C oraz poziomu przeciwciał w przypadku podejrzenia zakażenia lub reaktywacji zakażenia.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu:</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

<p>na czczo <math>&gt;2.5</math> x górna granica normy.</p> <p>7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako <math>HbA1c &gt; 8g/dl</math>.</p> <p>8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu.</p> <p>9) Chore w ciąży lub karmiące piersią.</p> <p>10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria).</p> <p>11) Progresja choroby w trakcie stosowania leku udokumentowana badaniem MRI głowy wykonywanym w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby (oceniwana według skali RECIST).</p> <p>12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego</p> <p>13) Brak współpracy w zakresie leczenia ze świadczeniobiorcą lub jego prawnymi opiekunami.</p>		
---	--	--



Załącznik B.90.

**LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10: G.20)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie choroby Parkinsona w oparciu o aktualne <i>MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease</i>;</li> <li>2) czas trwania choroby <math>\geq 5</math> lat;</li> <li>3) wcześniejsze leczenie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) w przypadku kwalifikacji do leczenia karbidopą+lewodopą: wyczerpanie możliwości optymalnej terapii farmakologicznej prowadzonej co najmniej 3 lekami lub nieskuteczność monoterapii przy udokumentowanej nietolerancji innych leków (w ocenie neurologa posiadającego doświadczenie w leczeniu zaawansowanej choroby Parkinsona),</li> <li>b) w przypadku kwalifikacji do leczenia apomorfiną dotychczasowe stosowanie optymalnego leczenia</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu z zastosowaniem apomorfiny oraz lewodopy z karbidopą należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie <i>off/on</i> z uciążliwymi dyskinezami), udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni;</li> <li>2) test z odstawieniem lewodopy z wykonaniem III części MDS UPDRS;</li> <li>3) ocena neuropsychologiczna: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) psychometryczna ocena nastroju (metoda pierwszego wyboru: Inwentarz Depresji Becka (aktualne wydanie), w razie braku możliwości wiarygodnej samooceny stanu emocjonalnego z uwagi na nasilenie zaburzeń poznawczych – ocena na podstawie wywiadu ustrukturyzowanego przeprowadzanego przez klinicystę (lekarza prowadzącego lub psychologa) z wykorzystaniem skali Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS,</li> <li>b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination-III), w przypadku uzasadnionego podejrzenia otępienia w stadium umiarkowanym (wynik ACE-III &lt;61) pogłębiona diagnostyka;</li> </ol> </li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> </ol>

farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona;

- 4) łączny czas trwania stanów *off*  $\geq 2$  godz. przy jednoczesnej obecności uciążliwych dyskinez szczytu dawki  $\geq 1$  godz. w czasie czuwania w ciągu całej doby (występowanie fluktuacji ruchowych i dyskinez oraz czas ich trwania powinny być udokumentowane w dzienniczku Hausera dla 3 kolejnych dni);
- 5) zachowana dobra odpowiedź na lewodopę (różnica wyniku III części skali MDS UPDRS pomiędzy stanem *off/on* wynosząca co najmniej 30%; można nie uwzględniać punktów dotyczących drżenia);
- 6) zapewnienie codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna w zakresie obsługi pompy.

## 2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym.

## 3. Adekwatna odpowiedź na leczenie

W ciągu pierwszych 6 miesięcy ( $\pm 1$  miesiąc) od rozpoczęcia leczenia redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami.

## 4. Kryteria wyłączenia

- 1) w przypadku zastosowania lewodopy z karbidopą, brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas

- 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);
- 6) badanie układu krzepnięcia;
- 7) badanie obrazowe mózgowia (MRI lub jeśli są przeciwwskazania TK);
- 8) badanie EKG z oceną odstępu QT;
- 9) kwalifikacja przez chirurga lub gastroenterologa do PEG (w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopą z karbidopą).

## 2. Monitorowanie leczenia

- 1) po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) od rozpoczęcia leczenia należy wykonać:
  - a) morfologię krwi z rozmazem,
  - b) AspAT, AlAT,
  - c) badanie EKG z oceną odstępu QT (w przypadku terapii apomorfiną);oraz dokonać oceny stanu ruchowego (czas spędzany w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami) udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni.

Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania należy powtarzać po każdym kolejnych 12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).
- 2) nie rzadziej niż raz na 3 miesiące wykonuje się konsultację neurologiczną oraz pielęgniarską, obejmującą m.in. ocenę stanu ruchowego pacjenta oraz korektę dotychczasowego leczenia;
- 3) nie częściej niż raz na 12 miesięcy wykonuje się w zależności od decyzji lekarza prowadzącego następujące konsultacje:
  - a) konsultację gastroenterologiczną lub chirurgiczną (w przypadku terapii lewodopą z karbidopą);

<p>kórego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy z karbidopą, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądaną efekt kliniczny (definiowany jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie <i>off/on</i> z uciążliwymi dyskinezami) oraz ustala się wstępną dawkę leku;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;</li><li>3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących, pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku;</li><li>4) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG (w przypadku terapii lewodopą z karbidopą);</li><li>5) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną;</li><li>6) brak możliwości zapewnienia codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna lub brak współpracy pacjenta z opiekunem w zakresie obsługi pompy.</li></ol> <p><b>5. Czas leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>6. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną</b></p> <p>Zmiana leczenia na inną, wymienioną w programie substancję czynną, jest możliwa w następujących sytuacjach:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej</li></ol>		<p>b) dermatologiczną lub alergologiczną (w przypadku terapii apomorfina).</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– adekwatna odpowiedź na leczenie (def: redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie <i>off/on</i> z uciążliwymi dyskinezami w ciągu pierwszych 6 miesięcy (<math>\pm 1</math> miesiąc) od rozpoczęcia leczenia).</li></ul> <p>Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), w tym wskaźniki odpowiedzi na leczenie, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie</li></ol>
---	--	--

<p>odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;</p> <p>2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii.</p> <p>Kwalifikacja pacjenta do kolejnego leku w ramach programu lekowego wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona.</p>		<p>papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

Załącznik B.95.

**LECZENIE CHORYCH Z ATYPOWYM ZESPOŁEM HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWYM (aHUS) (ICD-10: D59.3)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>ekulizumabem</i>,</li> <li>2) <i>rawulizumabem</i>,</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Do leczenia ekulizumabem lub leczenia dorosłych, młodzieży lub dzieci o masie ciała <math>\geq 10</math> kg rawulizumabem nie leczonych wcześniej ekulizumabem, kwalifikowani są pacjenci z rozpoznanym atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym i spełniający łącznie poniższe warunki:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) spełnienie jednego z kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> <li>- trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek <math>&lt;150 \times 10^9/L</math> lub <math>&gt; 25\%</math> spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie ekulizumabu i rawulizumabu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ekulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dawka początkowa maksymalna to podanie 900 mg, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie,</li> <li>b) dawka podtrzymująca maksymalna to podanie 1200 mg w piątym tygodniu, a następnie dawka 1200 mg co <math>14 \pm 2</math> dni.</li> </ol> </li> <li>2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dawka nasycająca maksymalna to podanie 3000 mg,</li> <li>b) dawka podtrzymująca maksymalna podana 2 tygodnie po dawce nasycającej to podanie 3600 mg co 8 tygodni.</li> </ol> </li> </ol> <p>Wydłużenie czasu między dawkami możliwe na podstawie uchwały Zespołu Koordynacyjnego</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych nie leczonych wcześniej ekulizumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania;</li> <li>2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby;</li> <li>3) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);</li> <li>5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty;</li> <li>6) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>7) badanie ogólne moczu;</li> <li>8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR;</li> <li>9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT) i alaninowa (AlAT);</li> <li>10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</li> <li>11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</li> <li>12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</li> </ol>

<p>krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna,</p> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową,</li></ul> <p>oraz</p> <p>b) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy &gt; górna granica normy dla wieku,</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– hemodializa,</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– białkomocz/ albuminuria,</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żołądkowo-jelitowe lub płucne;</li></ul> <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> <ul style="list-style-type: none"><li>a) aktywność ADAMTS-13 &gt;5%,</li><li>b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby;</li></ul> <p>5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia</p>	<p>pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia przy pomocy oznaczenia CH50.</p>	<p>13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik;</p> <p>14) w przypadku występowania u pacjentów:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) objawów neurologicznych<ul style="list-style-type: none"><li>– rezonans magnetyczny z angiografią,</li></ul></li><li>lub<ul style="list-style-type: none"><li>– tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego,</li></ul></li><li>b) objawów ze strony układu pokarmowego:<ul style="list-style-type: none"><li>– amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej,</li></ul></li><li>c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:<ul style="list-style-type: none"><li>– troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca,</li></ul></li><li>lub<ul style="list-style-type: none"><li>– cewnikowanie serca.</li></ul></li></ul> <p><b>1.2. Rawulizumabem u chorych leczonych uprzednio ekulizumabem</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);</li><li>2) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);</li><li>3) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR;</li><li>4) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</li><li>5) w przypadku występowania u pacjentów:<ul style="list-style-type: none"><li>a) objawów neurologicznych<ul style="list-style-type: none"><li>– rezonans magnetyczny z angiografią,</li></ul></li><li>lub</li></ul></li></ul>
---	---	---

<p>leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa</p> <p>a) po szczepieniu pacjenci powinni być ściśle monitorowani pod kątem objawów chorobowych, gdyż szczepienie może powodować dalszą aktywację dopełniacza,</p> <p>b) profilaktyka antybiotykowa powinna u tych pacjentów być prowadzona przez 14 dni od zaszczepienia pacjenta;</p> <p>6) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;</p> <p>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>9) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.2. do leczenia rawulizumabem kwalifikowani są pacjenci leczeni wcześniej ekulizumabem i spełniający łącznie poniższe warunki:</b></p>		<p>– tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego;</p> <p>b) objawów ze strony układu pokarmowego:</p> <p>– amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej,</p> <p>c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:</p> <p>– troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub</p> <p>– cewnikowanie serca.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie terapii ekulizumabem</b></p> <p>1) w czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób &gt;40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL);</p> <p>2) począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci &lt;10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci &lt; 10kg, co 6 tygodni);</p> <p>3) po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci &lt; 10kg raz na 6 tygodni;</p> <p>4) po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 3 miesiące;</p> <p>5) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące;</p>
--	--	---

- 1) atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy rozpoznany u pacjenta dorosłego, młodzieży lub dziecka o masie ciała  $\geq 10$  kg;
- 2) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 3 poprzednie miesiące, w trakcie których nastąpiła udokumentowana odpowiedź na stosowane leczenie;
- 3) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 4) jeśli u pacjenta dokonywana jest zamiana leczenia z ekulizumabu, lekarz powinien sprawdzić, czy pacjent ma aktualne szczepienie przeciwko meningokokom według krajowych wytycznych w zakresie stosowania szczepionek;
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) w pierwszym roku leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub

oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdym kolejnych 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

## 2.2. Monitorowanie terapii rawulizumabem

- 1) pierwsze 2 tygodnie leczenia – tj. podanie dawki nasycającej i pierwsze podanie dawki podtrzymującej monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1., przed każdą infuzją;
- 2) począwszy od 10 tygodnia – tj. podania drugiej dawki leczenia podtrzymującego monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1 przed każdą infuzją (co 8 tygodni). W przypadku dzieci z masą ciała pomiędzy 10 kg a 20 kg, począwszy od 6 tygodnia, wykonanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją tj. co 4 tygodnie;
- 3) po upływie 26 tygodni od rozpoczęcia terapii monitorowanie leczenia opisane jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 24 tygodnie;
- 4) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 24 tygodnie;



czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza i badań genetycznych po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po kolejnych 6 miesiącach, a w kolejnych latach co 12 miesięcy;

a) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby,

b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu lub rawulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych;

3) lekarz prowadzący może podjąć decyzję o czasowym zawieszeniu w podawaniu leku u kobiet ciężarnych lub karmiących piersią, zgodnie z ChPL, jeżeli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne – lekarz prowadzący informuje Zespół Koordynacyjny o czasowym zawieszeniu oraz o ewentualnym wznowieniu leczenia;

4) chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej;

5) chorzy, u których wystąpi nawrót choroby (określony na podstawie kryteriów kwalifikacji punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu lub rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.

### 3. Kryteria wyłączenia

1) brak efektu leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem poprzez utrzymywanie się objawów klinicznych lub laboratoryjnych będących podstawą zakwalifikowania

oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach .

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania skuteczności leczenia, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

### 3. Monitorowanie w trakcie czasowego przerwania leczenia

W pierwszym roku co miesiąc oraz przy każdej infekcji, a w kolejnych latach co najmniej raz na 3 miesiące (u kobiet w ciąży oraz połogu co miesiąc):

- 1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia);
- 2) morfologia (Hb, liczba płytek).

### 4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

<p>pacjenta do leczenia (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia);</p> <p>2) w przypadku leczenia rawulizumabem pacjenci o masie ciała &lt; 10 kg;</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</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 CHORYCH Z NOCNA NAPADOWA HEMOGLOBINURIĄ (PNH) (ICD-10 D59.5)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>ekulizumabem</i>,</li> <li>2) <i>rawulizumabem</i>,</li> <li>3) <i>pegcetakoplanem</i>,</li> </ol> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Leczenie ekulizumabem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH &gt;1% oznaczonego w badaniu</li> </ol>	<p><b>Dawkowanie</b> ekulizumabu, rawulizumabu i pegcetakoplanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Wydłużenie czasu między dawkami lub przerwanie podawania możliwe na podstawie decyzji Zespołu Koordynacyjnego pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia.</p> <p><b>1) ekulizumab</b>- podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dawka początkowa maksymalna to 600 mg w infuzji dożylniej, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie,</li> <li>b) dawka podtrzymująca maksymalna to 900 mg w infuzji dożylniej w piątym tygodniu, a następnie dawka 900 mg w infuzji dożylniej co <math>14 \pm 2</math> dni.</li> </ol> <p><b>2) rawulizumab</b> - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylniej,</li> <li>b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylniej. Pierwszą dawkę</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie ekulizumabem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;</li> <li>2) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li> <li>5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);</li> <li>6) czas protrombinowy (PT);</li> <li>7) fibrynogen;</li> <li>8) odczyn Coombsa;</li> <li>9) oznaczenie grupy krwi;</li> <li>10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>11) stężenie mocznika w surowicy krwi;</li> <li>12) aktywność aminotransferazy asparaginoej (AspAT);</li> <li>13) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);</li> <li>14) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;</li> <li>15) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;</li> <li>16) stężenie sodu w surowicy krwi;</li> </ol>

<p>cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:</p> <p>a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) <math>\geq 1,5</math> przekraczająca górną granicę normy (GGN),</li><li>• co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:<ul style="list-style-type: none"><li>– niewydolność nerek,</li><li>– nadciśnienie płucne,</li><li>– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność;</li></ul></li></ul> <p>b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,</li><li>• zator tętnicy płucnej,</li><li>• zdarzenia mózgowo-naczyniowe,</li><li>• amputacja,</li><li>• zawał mięśnia sercowego,</li><li>• napad przemijającego niedokrwienia,</li><li>• niestabilna dławica piersiowa,</li><li>• zakrzepica żyły nerkowej,</li><li>• zakrzepica żył krezkowych,</li><li>• zakrzepica żyły wrotnej,</li><li>• zgorzel,</li><li>• ostre zamknięcia naczyń obwodowych;</li></ul> <p>2) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia</p>	<p>podtrzymującą należy podać 2 tygodnie po dawce nasycającej, a kolejne dawki podtrzymujące należy podawać w infuzji dożylniej co 8 tygodni.</p> <p><b>3) pegcetakoplan – podanie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego</b></p> <p>a) dawka 1080 mg podawana w infuzji podskórnej dwa razy na tydzień,</p> <p>b) pacjentom, którzy zmieniają leczenie inhibitorem C5 na pegcetakoplan należy przez pierwsze 4 tygodnie podawać pegcetakoplan dwa razy na tydzień w infuzji podskórnej w dawce 1080 mg dodatkowo do aktualnie przyjmowanej dawki inhibitora C5 w celu zminimalizowania ryzyka hemolizy po nagłym przerwaniu leczenia. Po 4 tygodniach należy przerwać stosowanie inhibitora C5, a następnie kontynuować przyjmowanie pegcetakoplanu w takiej samej dawce,</p> <p>c) pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia. Po uzyskaniu efektu leczenia (niskiej aktywności choroby lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 3 miesiące możliwe jest wydawanie leku na okres pomiędzy wizytami w ośrodku. Leczenie pegcetakoplanem może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leku stosowanego</p>	<p>17) stężenie potasu w surowicy krwi;</p> <p>18) badanie ogólne moczu;</p> <p>19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;</p> <p>20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylniej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).</p> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</li><li>c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>d) stężenie mocznika w surowicy krwi,</li><li>e) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</li><li>f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li><li>g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li></ul> <p>2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li></ul> <p>3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>b) stężenie mocznika w surowicy krwi,</li><li>c) aktywność aminotransferaza asparaginowa (AspAT),</li></ul>
--	---	--

<p>leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa;</p> <p>3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z</p>	<p>podskórną oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>d) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALAT), e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:</p> <p>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.</p> <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.</p> <p>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>2. Leczenie rawulizumabem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <p><b>2.1.1. chorych, którzy niestosowali ekulizumabu.</b></p> <p>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p>
--	--	---

<p>niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;</p> <p>3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdym kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);</p> <p>2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;</p> <p>3) karmienie piersią;</p> <p>4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p>		<p>4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);</p> <p>6) czas protrombinowy (PT);</p> <p>7) fibrynogen;</p> <p>8) odczyn Coombsa;</p> <p>9) oznaczenie grupy krwi;</p> <p>10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>11) stężenie mocznika w surowicy krwi;</p> <p>12) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT);</p> <p>13) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);</p> <p>14) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;</p> <p>15) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;</p> <p>16) stężenie sodu w surowicy krwi;</p> <p>17) stężenie potasu surowicy krwi;</p> <p>18) badanie ogólne moczu;</p> <p>19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;</p> <p>20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żyłnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).</p> <p><b>2.1.2. Badania przy kwalifikacji chorych, którzy stosowali ekulizumab.</b></p> <p>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;</p> <p>2) test ciężłowy u kobiet w wieku rozrodczym;</p>
--	--	---

<p>7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> <p><b>2. Leczenie rawulizumabem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</b></p> <p><b>2.1.1. Chorzy nieleczeni uprzednio ekulizumabem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek <math>\geq</math> 18 lat;</li><li>2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH <math>&gt;1\%</math> oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:<ol style="list-style-type: none"><li>a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):<ul style="list-style-type: none"><li>• aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) <math>\geq 1,5</math> przekraczająca górną granicę normy (GGN),</li><li>• co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:<ul style="list-style-type: none"><li>– niewydolność nerek,</li><li>– nadciśnienie płucne lub duszność,</li></ul></li></ul></li></ol></li></ol>		<p>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH).</p> <p><b>2.1.3. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) co dwa tygodnie przez pierwsze 10 tygodni:<ol style="list-style-type: none"><li>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</li><li>c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>d) stężenie mocznika w surowicy krwi,</li><li>e) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</li><li>f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li><li>g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li></ol></li><li>2) po 10 tygodniu, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<ol style="list-style-type: none"><li>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li></ol></li><li>3) po 10 tygodniu, raz na sześć miesięcy, a w uzasadnionych przypadkach raz na dwa miesiące:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>b) stężenie mocznika w surowicy krwi,</li><li>c) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</li><li>d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li><li>e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li></ol></li><li>4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:<ol style="list-style-type: none"><li>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,</li></ol></li></ol>
---	--	--

<p>– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność,</p> <p>– hemoglobinuria,</p> <p>– bóle brzucha,</p> <p>– niedokrwistość (stężenie hemoglobiny &lt; 10g/dL),</p> <p>– dysfagia,</p> <p>– zaburzenia erekcji,</p> <p>b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,</li><li>• zator tętnicy płucnej,</li><li>• zdarzenia mózgowo-naczyniowe,</li><li>• amputacja,</li><li>• zawał mięśnia sercowego,</li><li>• napad przemijającego niedokrwienia,</li><li>• niestabilna dławica piersiowa,</li><li>• zakrzepica żyły nerkowej,</li><li>• zakrzepica żył krezkowych,</li><li>• zakrzepica żyły wrotnej,</li><li>• zgorzel,</li><li>• ostre zamknięcia naczyń obwodowych;</li></ul> <p>3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka</p>		<p>b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.</p> <p>Ze względu na ryzyko wystąpienia zakażenia meningokokowego/posocznicy meningokokowej (pomimo szczepień ochronnych) każdy chory przyjmujący rawulizumab powinien być monitorowany pod kątem wczesnego wykrycia objawów infekcji meningokokowej.</p> <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego rawulizumab należy obserwować przez co najmniej 16 tygodni.</p> <p>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Leczenie pegcetakoplanem</b></p> <p><b>3.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem i z liczbą retikulocytów;</li><li>2) trepanobiopsja (jeśli nie wykonywano w okresie ostatnich 6 miesięcy);</li><li>3) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA) (odczyn Coombsa);</li><li>4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li></ol>
---	--	--



<p>antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia;</p> <p>4) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyźni będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.</p> <p><b>2.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii ekulizumabem:</b> <b>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</b></p> <p>1) wiek <math>\geq 18</math> lat;</p> <p>2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH <math>&gt;1\%</math> oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej;</p> <p>3) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 6 ostatnich miesięcy;</p> <p>4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) <math>\leq 1,5</math> górnej granicy normy (GGN);</p> <p>5) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyźni będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu</p>		<p>5) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;</p> <p>6) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>7) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT);</p> <p>8) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);</p> <p>9) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>.</p> <p><b>3.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:</p> <p>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>d) stężenie mocznika w surowicy krwi,</p> <p>e) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</p> <p>f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</p> <p>g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <p>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <p>a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>b) stężenie mocznika w surowicy krwi,</p> <p>c) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</p> <p>d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</p>
--	--	---

<p>Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia rawulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;</p>		<p>e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:</p> <p>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,</p> <p>b) co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.</p> <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego pegcetakoplan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.</p> <p>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników</p>
---	--	---

3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

### 2.3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdym kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);
- 2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;
- 3) karmienie piersią;
- 4) masa ciała poniżej 40 kg;
- 5) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

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

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

### **3. Leczenie pegcetakoplanem**

#### **3.1. Kryteria kwalifikacji**

**Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:**

- 1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej;
- 2) wiek  $\geq 18$  lat;
- 3) obecność niedokrwistości w trakcie leczenia inhibitorem C5 przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów, którzy w chwili rozpoczęcia leczenia inhibitorem C5 spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego;
- 4) nieobecność niewyleczonego zakażenia wywołanego przez bakterie otoczkowe, w tym *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*;
- 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw *Neisseria meningitidis* (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia;

- 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 8) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

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

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

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia pegcetakoplanem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia

<p>w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;</p> <p>3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania pegcetakoplanu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.</p> <p><b>3.3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);</p> <p>2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;</p> <p>3) karmienie piersią;</p> <p>4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p>		
---	--	--

<p>8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
--	--	--

Załącznik B.97.

**LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPLYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10:D69.3)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną agonistami receptora dla trombopoetyny:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) eltrombopagiem,</li> <li>2) romiplosty mem,</li> <li>3) awatrombopagiem.</li> </ol> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq 18</math> lat;</li> <li>2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);</li> <li>3) niedostateczna odpowiedź na co najmniej jedną wcześniejszą terapię farmakologiczną, w tym brak odpowiedzi na kortykosteroidy lub stwierdzenie steroidozależności lub nietolerancji kortykosteroidów.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Dodatkowo, w celu kontynuacji terapii do programu lekowego mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni w ramach programu lekowego „Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)”, którzy osiągnęli pełnoletniość, bez konieczności spełnienia</p>	<p><b>1. Dawkowanie eltrombopagu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zalecana dawka początkowa: 50 mg raz na dobę;</li> <li>2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta – sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</li> </ol> <p><b>2. Dawkowanie romiplostymu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dawka początkowa: 1 <math>\mu\text{g}/\text{kg}</math> mc. raz w tygodniu podskórnym, z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;</li> <li>2) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</li> </ol> <p>Po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego możliwe jest wydanie leku pacjentowi do samodzielnego podania, po odpowiednim</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) parametry czynności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia <b>eltrombopagiem</b>,</li> <li>b) AST, AlAT, bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia <b>romiplosty mem</b> lub <b>awatrombopagiem</b>;</li> </ol> </li> <li>3) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60 lat, chorych z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami;</li> <li>4) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do <b>eltrombopagu</b>;</li> <li>5) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek (<math>\geq 50\ 000/\mu\text{l}</math> przez co najmniej 4 tygodnie): <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wykonywane co 1 tydzień: <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem;</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>



pozostałych kryteriów kwalifikacji do programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) zaburzenia czynności wątroby:
  - a) wynik w skali Child-Pugh  $\geq 5$  – dotyczy leczenia **eltrombopagiem**,
  - b) wynik w skali Child-Pugh  $\geq 7$  – dotyczy leczenia **romiplosty mem**;
- 3) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:
  - a) będzie narastać,
  - albo
  - b) będzie utrzymywać się  $\geq 4$  tygodni,
  - albo
  - c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,
  - albo
  - d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby,

-dotyczy wyłącznie chorych leczonych **eltrombopagiem**;

przeszkoleniu pacjenta, o ile nie stanowi to zagrożenia dla jego zdrowia i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzenia terapii. Lek powinien być wydany w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 4 razy w ciągu każdego kolejnych 12 miesięcy.

## 3. Dawkowanie awatrombopagu

- 1) zalecana dawka początkowa: 20 mg raz na dobę;
- 2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 3) sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

b) w przypadku leczenia **eltrombopagiem** - wykonywane co 2 tygodnie:

- parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita);

2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek:

a) wykonywane co 1 miesiąc:

- morfologia krwi z rozmazem,
- w przypadku leczenia **eltrombopagiem**: parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita),
- w przypadku leczenia **romiplosty mem** lub **awatrombopagiem** parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita) – wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia romiplosty mem lub awatrombopagiem;

3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi – trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulinowego;

4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:

a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie:

- morfologia krwi z rozmazem;

5) badanie okulistyczne co 12 miesięcy – dotyczy leczenia **eltrombopagiem**.

W celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta rodzaj odpowiedzi na leczenie w oparciu o liczbę płytek krwi i krwawienia:

<p>4) ciąża oraz karmienie piersią;</p> <p>5) brak odpowiedzi na leczenie:</p> <p>a) eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary),</p> <p>albo</p> <p>b) romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia,</p> <p>albo</p> <p>c) awatrombopagiem w dawce 40 mg raz na dobę, podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia, jeśli liczba płytek krwi nie zwiększy się do <math>\geq 50 \times 10^9/L</math>;</p> <p>6) trwała remisja choroby niewymagająca jakiegokolwiek leczenia.</p> <p>W przypadku braku odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania danego leku, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego.</p>		<p>1) R (odpowiedź): liczba płytek <math>\geq 30 G/l</math> oraz co najmniej jej dwukrotne zwiększenie w stosunku do wyjściowej liczby płytek i brak krwawień;</p> <p>2) CR (całkowita odpowiedź): liczba płytek <math>\geq 100 G/l</math> i brak krwawień;</p> <p>3) NR (brak odpowiedzi): liczba płytek <math>&lt; 30 G/l</math> lub niższa od dwukrotności wyjściowej liczby płytek lub obecność krwawień.</p> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez lekarza prowadzącego, który podejmuje decyzję o zmianie sposobu leczenia lub wyłączeniu pacjenta z programu lekowego.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, 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 NFZ.</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><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplosty mem</b></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 niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu.</p>	<p><b>1. Dawkowanie eltrombopagu</b></p> <p>1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat,</li> <li>– 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego;</li> </ul> <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 <math>\geq 50</math> tys./<math>\mu</math>l.</p> <p><b>2. Dawkowanie romiplosty mem</b></p> <p>1) romiplosty mem powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne;</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplosty mem</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym 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 ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplosty mem</b></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"> <li>– morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,</li> </ul> <p>b) wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);</li> </ul>

<p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) nadwrażliwość na:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem,</li><li>b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z <i>Escherichia coli</i> – dotyczy leczenia romiplostyem;</li></ul> <p>2) zaburzenia czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wynik w skali Child-Pugh <math>\geq 5</math> – dotyczy leczenia eltrombopagiem,</li><li>– wynik w skali Child-Pugh <math>\geq 7</math> – dotyczy leczenia romiplostyem;</li></ul> <p>3) wyłącznie w przypadku leczenia eltrombopagiem:</p> <p>istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) będzie narastać,</li><li>albo</li><li>b) będzie utrzymywać się <math>\geq 4</math> tygodni,</li><li>albo</li><li>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,</li><li>albo</li></ul>	<p>2) początkowa dawka romiplostyumu wynosi 1 <math>\mu\text{g}/\text{kg}</math> mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;</p> <p>3) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta oraz zmiany masy ciała - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalające utrzymać liczbę płytek <math>\geq 50</math> tys./<math>\mu\text{l}</math>.</p>	<p>2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u wszystkich odpowiadających pacjentów:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) wykonywane co 1 miesiąc:<ul style="list-style-type: none"><li>– morfologia krwi z rozmazem białokrwińkowym i liczbą płytek,</li></ul></li><li>b) wykonywane co 3 miesiące:<ul style="list-style-type: none"><li>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);</li></ul></li></ul> <p>3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;</li></ul> <p>4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem;</p> <p>5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej <math>250 \times 10^9/\text{l}</math>, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 razy w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej <math>100 \times 10^9/\text{l}</math>.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie</li></ul>
--	---	---

<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"><li>– eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary)</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– romiplosty mem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia.</li></ul>		<p>papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

Załącznik B.99.

**LECZENIE AKROMEGALII (ICD-10 E22.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie pasyreotydem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);</li> <li>3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki), które nie doprowadziło do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce <math>\geq 30</math> mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni;</li> <li>4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe);</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie pasyreotydem</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH <math>\geq 2,5</math> µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) najwcześniej po 12 tygodniach leczenia, dawka pasyreotydu może zostać zwiększona do 60 mg podawana co 28 dni. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub nadmiernej odpowiedzi na leczenie dawka pasyreotydu może zostać zmniejszona o 20 mg lub preparat powinien zostać odstawiony.</p> <p>Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni.</p> <p><b>1.2. Sposób podawania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasyreotydyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie pasyreotydem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań, zwłaszcza w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego i metabolicznych (cukrzyca i zaburzenia tolerancji węglowodanów);</li> <li>2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL));</li> <li>3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;</li> <li>4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;</li> <li>5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy <math>\geq 1</math> cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);</li> </ol>

<p>5) pacjenci, którzy nie byli dotychczas operowani mogą być kwalifikowani do leczenia pasyreotydem wyłącznie w sytuacji, gdy leczenie chirurgiczne nie jest możliwe i nie uzyskano kontroli biochemicznej choroby po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce <math>\geq 30</math> mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni.</p> <p>Kwalifikacja do leczenia pasyreotydem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4 łącznie lub 1, 2, 5 łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pasyreotydem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) kandydaci do leczenia operacyjnego;</li><li>2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;</li><li>3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 1.3.1) <i>Schematu dawkowania</i>;</li><li>4) objawowa kamica żółciowa;</li></ol>	<p>wykonywanym przez fachowy personel medyczny.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym.</li></ol> <p><b>1.3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Jeżeli u pacjenta leczonego pasyreotydem wystąpi hiperglikemia, zaleca się rozpoczęcie lub zmianę leczenia przeciwcukrzycowego według wytycznych dotyczących postępowania w hiperglikemii. Jeżeli niekontrolowana hiperglikemia utrzymuje się pomimo odpowiedniego leczenia, dawkę pasyreotydu należy zmniejszyć lub należy przerwać leczenie.</li><li>2) Zaburzenia czynności wątroby:<ol style="list-style-type: none"><li>a) w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa A wg skali Child-Pugha) dostosowanie dawkowania nie jest konieczne;</li><li>b) w przypadku pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa B wg. skali Child-Pugha) zalecana dawka początkowa wynosi 20 mg co 4 tygodnie. Maksymalna dawka zalecana</li></ol></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR;</li><li>7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;</li><li>8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);</li><li>9) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.</li></ol> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia (3 dawki pasyreotydu) należy wykonać ocenę stężenia GH i stężenia IGF-1 w surowicy. Oznaczenia GH i IGF-1 należy powtarzać w okresie leczenia pasyreotydem co 3 miesiące;</li><li>2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;</li><li>3) oznaczanie stężenia glukozy we krwi i / lub ocena stężenia glukozy w osoczu na czczo – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4</li></ol>
--	--	---

<p>5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child–Pugha);</p> <p>6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;</p> <p>7) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);</p> <p>8) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>10) brak odpowiedzi na leczenie po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce, w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako:</p> <p>a) obniżenie stężenia GH o &gt; 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu &lt;2,5 µg/l</p> <p>lub</p> <p>b) obniżenie stężenia IGF-1 o &gt;40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1</p> <p>lub</p> <p>c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza &gt; 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu przeprowadzonym przy kwalifikacji do programu.</p>	<p>u tych pacjentów wynosi 40 mg co 4 tygodnie;</p> <p>c) w przypadku pacjentów z żółtaczką lub innymi objawami sugerującymi klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN należy monitorować stan pacjenta po przerwaniu leczenia pasyreotydem do czasu ustąpienia nieprawidłowości. Leczenia nie należy wznawiać, jeśli w ocenie lekarza nieprawidłowa czynność wątroby ma związek z pasyreotydem.</p> <p>3) Należy zachować ostrożność oraz dokonać uważnej oceny stosunku korzyści do ryzyka stosując pasyreotyd u pacjentów narażonych na istotne ryzyko wystąpienia wydłużenia odstępu QT w EKG.</p> <p><b>2. Leczenie pegwisomantem</b></p> <p><b>2.1. Dawkowanie</b></p> <p>1) Pegwisomant należy podawać we wstrzyknięciach podskórnych.</p>	<p>tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia;</p> <p>4) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia. Ponadto należy monitorować wartość stężenia HbA1c po 3 tygodniach od zakończenia leczenia;</p> <p>5) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;</p> <p>6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>7) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;</p> <p>8) oznaczenie poziomu magnezu i potasu według wskazań klinicznych;</p> <p>9) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, nie rzadziej niż 1 raz do roku i w każdym przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;</p> <p>10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;</p> <p>11) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).</p>
--	--	--



<p><b>1.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>2. Leczenie pegwisomantem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek powyżej 18 roku życia;</li><li>2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);</li><li>3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełnianego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce <math>\geq 30</math> mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii;</li><li>4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego i (lub) radioterapii (ponowna operacja lub radioterapia w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne i radioterapia nie są możliwe);</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.</li><li>3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórnie pod nadzorem lekarza.</li><li>4) Następnie 10 mg pegwisomantu należy podawać raz na dobę we wstrzyknięciu podskórnym. Dawki należy dostosowywać na podstawie stężenia IGF-1 w surowicy. Należy oznaczać stężenia IGF-1 w surowicy co 4 do 6 tygodni i stopniowo zwiększać dawkę tak, aby utrzymywać stężenia IGF-1 w surowicy, w zakresie właściwym dla płci i wieku i uzyskać optymalną odpowiedź terapeutyczną. Maksymalna dawka wynosi 30 mg/dobę.</li></ol> <p><b>2.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym, w przypadku wystąpienia w trakcie terapii pegwisomantem zaburzeń widzenia i/lub bólu głowy;</li><li>2) zaburzenia czynności wątroby: przerwanie podawania pegwisomantu w przypadku utrzymywania się objawów choroby wątroby;</li><li>3) dostosowanie dawki insuliny lub innych przyjmowanych jednocześnie leków u</li></ol>	<p><b>2. Leczenie pegwisomantem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań;</li><li>2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL).</li><li>3) ocena hormonalna: stężenie GH, stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;</li><li>4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki w okresie do 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;</li><li>5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy <math>\geq 1</math> cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);</li><li>6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem;</li><li>7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;</li></ol> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stężenie IGF-1 w surowicy mierzone co 4 do 6 tygodni w czasie stopniowego zwiększania dawki leku celem uzyskania optymalnej kontroli terapeutycznej, a następnie ocena co 3 miesiące;</li><li>2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-</li></ol>
--	--	--

<p>5) nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny II generacji o przedłużonym działaniu tj. pasyreotydem w dawce 60 mg lub nietolerowanie takiej terapii;</p> <p>6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c &gt; 7% (&gt; 53 mmol/mol).</p> <p>Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4.</p> <p>W przypadku gdy pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia pasyreotydem zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu (pkt. 1.1.), kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4, 5 łącznie lub 1, 2, 3, 4, 6 łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pegwisomantem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.</p> <p><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) kandydaci do leczenia operacyjnego;</p> <p>2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;</p>	<p>osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.</p>	<p>przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;</p> <p>3) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT w surowicy co 4 do 6 tygodni przez sześć pierwszych miesięcy terapii pegwisomantem oraz w przypadku objawów sugerujących ryzyko wystąpienia zapalenia wątroby;</p> <p>4) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie oznaczenia eGFR i wydalanie białka z moczem, a następnie zgodnie ze wskazaniami klinicznymi lub co pół roku - w przypadku braku pogorszenia;</p> <p>5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi;</p> <p>6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, po 3 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;</p> <p>7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;</p> <p>8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p>
---	--	--

- 3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> oraz utrata białka >3 g/1,73m<sup>2</sup>;
- 4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT >5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT);
- 5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy nie uzyskano normalizacji stężenia IGF-1 odpowiednio dla płci i wieku, po co najmniej 12 miesięcznym okresie podawania pegwisomantu w najwyższej tolerowanej dawce;

### 2.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



Załącznik B.101.

**LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie:</p> <p>1) dorosłym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:</p> <p>a) <i>alirokumabem</i>,</p> <p>b) <i>ewolokumabem</i>,</p> <p>c) <i>inklisiranem</i>,</p> <p>2) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:</p> <p>a) <i>lomitapidem</i>,</p> <p>3) dorosłym pacjentom z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego:</p> <p>a) <i>alirokumabem</i>,</p> <p>b) <i>ewolokumabem</i>,</p> <p>c) <i>inklisiranem</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Alirokumab</b></p> <p>150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie lub 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie (miesięcznie).</p> <p><b>1.2. Ewolokumab</b></p> <p>140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie.</p> <p><b>1.3. Inkisiran</b></p> <p>284 mg inkisiranu w pojedynczym wstrzyknięciu podskórnym podawanym: po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.</p> <p>Dawki pominięte:</p> <p>Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie krótszym niż 3 miesiące, należy podać inkisiran i kontynuować podawanie leku zgodnie z pierwotnym harmonogramem.</p> <p>Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie przekraczającym 3 miesiące, należy rozpocząć nowy schemat dawkowania – inkisiran</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <p>1) badanie lipidogramu;</p> <p>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT);</p> <p>3) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>4) dodatkowo w przypadku terapii alirokumabem, ewolokumabem, inklisiranem:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny oraz badanie eGFR,</p> <p>b) oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej (CK);</p> <p>5) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem:</p> <p>a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie,</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej (AspAT) i fosfatazy alkalicznej (ALP),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,</p>

<p>2) brak hiperlipidemii wtórnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.3.;</p> <p>3) brak homozygotycznej postaci hipercholesterolemii rodzinnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.2.;</p> <p>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia</b></p> <p><b>1.2.1. dorosłych pacjentów z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem</b></p> <p>1) potwierdzona diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. &gt; 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network;</p> <p>2) LDL-C &gt; 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:</p> <p>a) intensywnego leczenia statynami (stosowanego łącznie przez 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc) w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem w dawce 10 mg</p> <p>lub</p> <p>b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych</p>	<p>należy podać po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.</p> <p><b>1.4. Lomitapid</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg raz na dobę. Po 2 tygodniach dawkę można zwiększyć do 10 mg, zależnie od akceptowalnego poziomu bezpieczeństwa i tolerancji leku przez pacjenta, a następnie, w odstępach minimum 4 tygodni, do 20 mg, 40 mg i do maksymalnej zalecanej dawki 60 mg.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>d) oznaczenie stężenia albumin w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczanie aktywności transpeptydazy gamma - glutamylowej (GGTP),</p> <p>f) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia - na każdej wizycie;</p> <p>2) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem:</p> <p>a) stężenie cholesterolu i trójglicerydów przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,</p> <p>b) w pierwszym roku leczenia należy wykonywać badania czynności wątroby (przynajmniej oznaczenie AlAT i AspAT) przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,</p> <p>c) po pierwszym roku należy wykonywać badania czynności wątroby przynajmniej co 3 miesiące i przed każdym zwiększeniem dawki,</p> <p>d) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby (co roku).</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p>
---	--	---

(PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące).

#### **1.2.2. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną lomitapidem**

- 1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego;
- 2) brak innych postaci hipercholesterolemii;
- 3) spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą, a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnienie tych kryteriów w momencie rozpoczynania leczenia LDL aferezą;
- 4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 5) kryteria kwalifikacji do leczenia LDL aferezą: LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:
  - a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych 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; stosowane łącznie przez 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąclub
  - b) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowane przez łącznie 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąclub
  - c) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak

1) badanie lipidogramu.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

W przypadku leczenia:

- a) *alirokumabem* lub *ewolokumabem* - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy,
- b) *inklisiranem* lub *lomitapidem* - badanie lipidogramu wykonuje się po 6 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy.

#### **4. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez

tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące).

**1.2.3. dorosłych pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem**

1) LDL-C >100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

a) intensywnego leczenia statynami (stosowanego łącznie przez co najmniej 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc) w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem,

lub

b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące).

2) przebyty zawał serca z udokumentowaną w koronarografii lub tomografii miażdżycą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 24 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego oraz dodatkowym jednym zdarzeniem sercowo-naczyniowym:

a) wieńcowym:

– z dodatkowo przebyłym zawałem serca w wywiadzie

lub

– wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach

lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

a) zmiana stężenia LDL-C;

b) zmiana stężenia TC;

c) zmiana stężenia HDL;

d) zmiana stężenia trójglicerydów;

e) procentowy spadek liczby zabiegów LDL aferezy.

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



<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wiekiem poniżej 50 lat w chwili pierwszego zawału,</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– po uprzednio wykonanym zabiegu PCI lub CABG wielonaczyniowej choroby wieńcowej,</li></ul> <p>b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.:<ul style="list-style-type: none"><li>i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) &lt;0,85</li></ul></li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– choroba tętnic mózgowych, tj.:<ul style="list-style-type: none"><li>i. przebyty udar mózgu niedokrwienny</li></ul></li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA)</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>iii. przebyta rewaskularyzacja tętnic dogłowych.</li></ul> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>		
--	--	--

Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 4.

### 3. Zamiana leków

W przypadku wystąpienia objawów niepożądanych albo okoliczności wskazanych w pkt. 4.2., albo ze względu na bezpieczeństwo pacjenta dopuszcza się możliwość zamiany leków:

- a) alirokumab lub ewolokumab na inklisiran,
- lub
- b) inklisiran na alirokumab lub ewolokumab.

Niedopuszczalna jest zamiana leków w obrębie tej samej grupy farmakoterapeutycznej, rozumiana jako zamiana leczenia alirokumabem na ewolokumab albo ewolokumabem na alirokumab.

### 4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku;
- 2) brak skuteczności terapii:
  - a) w przypadku leczenia alirokumabem lub ewolokumabem: rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o  $< 30\%$  po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach, a w przypadku leczenia inklisiranem: rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o  $< 30\%$  po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej:
    - w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktami 1.2.1., 1.2.3., (z wyjątkiem zamiany leku opisaną w pkt. 3),

<p>– w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3);</p> <p>b) w przypadku leczenia lomitapidem rozumiany jako:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– redukcja stężenia LDL-C o &lt; 40%, u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej 40%, albo stężenie LDL-C wyższe niż 2 mmol/L u pacjentów wymagających mniejszej niż 40% redukcji stężenia LDL-C (w stosunku do wartości wyjściowej określonej w momencie włączenia do programu lekowego), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca) - dotyczy pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni LDL aferezą;</li><li>– redukcja stężenia LDL-C o &lt; 40%, u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej 40% oraz zmniejszenie o mniej niż 50% liczby wymaganych zabiegów aferezy albo stężenie LDL-C wyższe niż 2 mmol/L u pacjentów wymagających mniejszej niż 40% redukcji stężenia LDL-C oraz zmniejszenie o mniej niż 50% liczby wymaganych zabiegów aferezy (w stosunku do wartości wyjściowej określonej przed rozpoczęciem procedury LDL aferezy), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca) - dotyczy pacjentów, u których była stosowana LDL afereza w chwili włączenia do programu lekowego;</li></ul> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>4) okres ciąży lub karmienia piersią;</p>		
--	--	--

<p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
---	--	--

Załącznik B.102.FM.

**LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10: G12.0, G12.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji i monitorowania skuteczności leczenia świadczeniobiorców w okresie pozostawania w programie, dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Program lekowy obejmuje terapie następującymi substancjami czynnymi:</p> <p><b>A.</b> onasemnogen abeparwówek;</p> <p><b>B.</b> nusinersen;</p> <p><b>C.</b> rysdyplam.</p> <p>Powyższych terapii nie należy traktować jako linii leczenia.</p> <p><b>1. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pacjenci przedobjawowi i objawowi z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 badani w ramach Rządowego Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce lub prenatalnie w Polsce;</li> <li>wiek do 6 miesięcy życia (&lt;180 dni) w momencie podania leku;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie onasemnogen abeparwówek</b></p> <p>Dawkowanie onasemnogen abeparwówek oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).</p> <p><b>2. Dawkowanie nusinersenu</b></p> <p>Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).</p> <p>W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami.</p> <p>W uzasadnionych klinicznie przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną onasemnogen abeparwówek</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>badanie ogólnolekarskie;</li> <li>badanie miana przeciwciał AAV9;</li> <li>badanie czynności wątroby: AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, GGTP;</li> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>liczba płytek krwi;</li> <li>stężenie troponiny I;</li> <li>badanie genetyczne potwierdzające bialleliczną mutację genu SMN1;</li> <li>badanie określające ilość kopii genu SMN2 z wykorzystaniem techniki MLPA lub innych specyficznych technik;</li> <li>ocena zdolności połykania;</li> <li>badanie zaburzeń nerwowo-mięśniowych w skali CHOP-INTEND;</li> <li>ocena kamieni milowych rozwoju motorycznego w skali WHO;</li> <li>określenie masy ciała pacjenta w stosunku do wieku z wykorzystaniem siatek centylowych;</li> </ol>

<p>3) zachowana zdolność połykania w ocenie lekarza kwalifikującego;</p> <p>4) ocena w skali CHOP – INTEND powyżej 12 punktów w momencie podania leku;</p> <p>5) posiadanie aktualnych informacji o szczepieniach obowiązkowych;</p> <p>6) brak jakiegokolwiek wcześniejszego leczenia z powodu SMA, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) brak wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen lub rysdyplam w ramach niniejszego programu lekowego;</li><li>b) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach badań klinicznych;</li><li>c) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach programów wczesnego dostępu;</li><li>d) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach innego sposobu finansowania terapii;</li></ul> <p>7) świadoma zgoda rodziców lub opiekunów prawnych pacjenta na warunki programu lekowego oraz harmonogram wizyt.</p> <p>Wszystkie kryteria muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia SMA z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek i otrzymali leczenie z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek, przez wzgląd na brak dowodów naukowych przedstawianych w ramach procesów refundacyjnych w Polsce, nie mogą być włączeni do leczenia SMA z wykorzystaniem nusinersenu lub rysdyplamu finansowanego w ramach niniejszego programu lekowego.</p>	<p><b>3. Dawkowanie rysdyplamu</b></p> <p>Dawkowanie rysdyplamu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).</p>	<p>13) badanie stężenia kreatyniny i mocznika;</p> <p>14) badanie poziomu hemoglobiny;</p> <p>15) inne badania i konsultacje specjalistyczne o ile są wskazania, w tym: konsultacja gastrologa, konsultacja pulmonologa, EKG.</p> <p><b>1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną nusinersen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;</li><li>2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;</li><li>3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;</li><li>4) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;</li><li>5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram);</li><li>6) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>7) konsultacja anestezyjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego;</li><li>8) konsultacja ortopedyczna – w zależności od stanu klinicznego pacjenta;</li><li>9) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta;</li><li>10) test ciążyowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym.</li></ul>
--	--	---

**1.2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu**

- 1) tracheostomia i konieczność stosowania wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub konieczność nieinwazyjnego wspomaganie wentylacji średnio  $\geq 16$  godzin dziennie przez 7 dni przed kwalifikacją do programu;
- 2) niewydolność oddechowa od urodzenia;
- 3) masa ciała mniejsza niż 2,6 kg lub większa niż 13,5 kg;
- 4) zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej;
- 5) znana aktywna infekcja uniemożliwiająca zastosowanie terapii;
- 6) choroby współistniejące uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego;
- 7) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku, znana alergia lub nadwrażliwość na prednizolon lub inne glikokortykosteroidy lub ich substancje pomocnicze;
- 8) miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9)  $> 1:50$  określone w teście ELISA - wynik uzyskany nie więcej niż 30 dni przed podaniem leku;
- 9) klinicznie istotne nieprawidłowe wartości laboratoryjne (gamma-glutamylotranspeptydaza [GGTP], AlAT i AspAT  $> 2 \times$  GGN, bilirubina  $\geq 2,0$  mg/dl, kreatynina  $\geq 1,0$  mg/dl, hemoglobina [Hgb]  $< 8$  lub  $> 18$  g/dl; białe krwinki [WBC]  $> 20\ 000$  na  $\text{mm}^3$ ), PLT poniżej 50 tys. w  $\text{mm}^3$  przed genową terapią zastępczą;
- 10) inne wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

**1.3. Zakończenie leczenia w programie****1.3. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną rysdyplam**

- 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;
- 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;
- 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;
- 4) morfologia krwi z rozmazem;
- 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina);
- 6) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;
- 7) konsultacja ortopedyczna;
- 8) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta;
- 9) test ciążyowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii oraz przez 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki - u kobiet w wieku rozrodczym.

**2. Monitorowanie leczenia****2.1. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek****2.1.1. Ocena skuteczności leczenia**

- 1) badanie neurologiczne i w skali funkcjonalnej odpowiedniej do wieku i stanu pacjenta po podaniu leku przeprowadza się w 3, 6, 9, 12, 15, 21, 24, 27, 36, 48 miesiącu po podaniu leku;
- 2) monitorowanie leczenia przez okres 48 miesięcy od podania leku z substancją czynną onasemnogen abeparwówek polega na ocenie kryteriów, które umożliwią ewentualne stwierdzenie

Zakończenie leczenia w programie lekowym następuje w przypadku stwierdzenia przez Zespół Koordynujący braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych u pacjenta leczonego z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek.

Stwierdzenie braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych lekarz prowadzący musi udokumentować w SMPT. Zakończenie leczenia w programie lekowym musi zostać potwierdzone przez Zespół Koordynujący.

## **2. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen**

### **2.1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym lub pacjenci zdiagnozowani również w ramach Rządowego Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce.
- 2) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek w ramach niniejszego programu lekowego;
- 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznane rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt 2.3.
- 4) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwówekiem, rysdyplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów

braku skuteczności leczenia lub braku osiągnięcia kamieni milowych;

3) jako brak skuteczności uznaje się:

- a) konieczność włączenia stałej wentylacji mechanicznej w okresie 48 miesięcy od dnia podania leku, rozumianej jako:
  - inwazyjna wentylacja poprzedzona wykonaniem zabiegu tracheostomii trwająca przez co najmniej 16 godzin dziennie, w sposób ciągły przez co najmniej 14 kolejnych dni (przy braku ostrej, odwracalnej choroby i z wyjątkiem wentylacji okołoperacyjnej),
  - stała wentylacja mechaniczna – należy udokumentować za pomocą 1 zdjęcia wykonanego w dniu stwierdzenia tego faktu oraz potwierdzić kodem ICD-9: 31.29 w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w systemie rozliczeniowym NFZ.

b) utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju motorycznego w okresie 48 miesięcy od podania leku.

Uzyskane kamienie milowe rozwoju motorycznego należy rozumieć jako umiejętności zgodne z definicją WHO: samodzielne siedzenie, stanie bez podparcia, chodzenie bez podparcia, zdobyte w okresie przed podaniem leku oraz w dowolnym czasie po podaniu leku, a następnie utracone przez pacjenta w wyniku progresji choroby podstawowej (SMA).

4) jako brak osiągnięcia kamieni milowych rozwoju motorycznego (dotyczy pacjentów przedobjawowych) uznaje się:

- a) nieuzyskanie umiejętności siedzenia bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 12 miesiąca życia pacjenta i



wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu.

Kryteria 1) i 2) muszą być spełnione łącznie.

Do leczenia nusinersenem mogą zostać również zakwalifikowani pacjenci leczeni uprzednio rysdyplamem w ramach niniejszego programu lekowego, u których wystąpiła wyłącznie nietolerancja leczenia rysdyplamem.

## 2.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.

Po podaniu 6 dawki, niezależnie od mechanizmu finansowania terapii w jakim to nastąpiło, a następnie przed podaniem każdej kolejnej dawki przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

## 2.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;

potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 15 miesiącu życia pacjenta.

- b) nieuzyskanie umiejętności stania bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 20 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 23 miesiącu życia pacjenta.

### 2.1.2. Badania laboratoryjne

- 1) co tydzień przez pierwszy miesiąc po podaniu leku, a następnie co 2 tygodnie w drugim i trzecim miesiącu lub dłużej (do czasu powrotu parametrów do wartości początkowej):
  - a) badanie aktywności aminotransferaz wątrobowych i poziom bilirubiny całkowitej;
  - b) badanie liczby płytek krwi;
  - c) stężenie troponiny I;
  - d) inne badania i pomiary konieczne ze względu na stan zdrowia (np. ciśnienie tętnicze) w zależności od decyzji lekarza prowadzącego.

### 2.2. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen

- 1) badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki;
- 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących;
- 3) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;
- 4) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;

<p>2) przeciwwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego;</p> <p>3) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego;</p> <p>4) pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:</p> <p>a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące</p> <p>lub</p> <p>b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące;</p> <p>5) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii:</p> <p>6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>7) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego;</p> <p>8) ciąża.</p> <p><b>3. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam</b></p> <p><b>3.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) do leczenia rysdyplamem kwalifikowani są pacjenci w wieku 2 miesięcy i starsi:</p> <p>a) z klinicznym rozpoznaniem SMA typu 1, typu 2 lub typu 3</p> <p>lub</p> <p>b) posiadający od jednej do czterech kopii genu SMN2;</p> <p>2) do leczenia rysdyplamem kwalifikowani są wyłącznie pacjenci mający udokumentowane przeciwwskazania do leczenia nusinersenem lub pacjenci, u których stwierdzono</p>		<p>5) ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku;</p> <p>6) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram), wykonywane przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;</p> <p>7) morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;</p> <p>8) w przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym – test ciążowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki;</p> <p><b>2.3. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam</b></p> <p>1) badanie neurologiczne po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;</p> <p>2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) nie rzadziej niż co 6 miesięcy;</p> <p>3) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby – po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;</p> <p>4) morfologia krwi z rozmazem - po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;</p> <p>5) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;</p> <p>6) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;</p> <p>7) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej w zależności od stanu pacjenta, ale nie rzadziej niż raz do roku;</p> <p>8) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym - test ciążowy co 6 miesięcy.</p>
--	--	--

<p>przeciwwskazania do terapii nusinersenem w trakcie leczenia nusinersenem;</p> <p>3) do leczenia rysdyplamem kwalifikują się pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek w ramach niniejszego programu lekowego;</p> <p>4) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni rysdyplamem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznane rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt. 3.3;</p> <p>5) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwówkiem, nusinersenem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu.</p> <p>Kryteria 1), 2) i 3) muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>3.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.</p> <p>Łączny czas leczenia pacjenta rysdyplamem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.</p> <p>Po 6 miesiącach przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.</p>		<p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii:<ol style="list-style-type: none"><li>a) przeżycie (niewystąpienie zgonu),</li><li>b) konieczności wykonania tracheostomii,</li><li>c) konieczności stałej wentylacji,</li><li>d) zależności od wspomagania wentylacji,</li><li>e) osiągnięcie kamieni milowych, dotyczących etapów rozwojowych w zakresie funkcji motorycznych,</li><li>f) utrata uzyskanych uprzednio kamieni milowych,</li><li>g) wyniki testu zaburzeń nerwowo-mięśniowych (CHOP-INTEND) w stosunku do wartości przed podaniem leku,</li><li>h) wymaganie wspomagania żywienia innego niż żywienie doustne.</li></ol></li></ol> <p>Dodatkowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia dokumentacji w formie nagrań wideo oraz zdjęć umożliwiających ocenę skuteczności terapii pacjenta.</p> <p>Nagranie wideo powinno zostać wykonane techniką cyfrową, w jakości HD (High Density) i obejmować okres</p>
---	--	--

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

### 3.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) pogorszenie w, odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:
  - a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy
  - lub
  - b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy;
- 2) wystąpienie w trakcie trwania terapii któregokolwiek z przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;
- 3) ciąża.

wystarczający do oceny punktów służących do oceny braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych.

Utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju ruchowego, należy udokumentować za pomocą nagrań wideo przeprowadzonych w chwili uzyskania danego kamienia milowego oraz w momencie jego utraty z potwierdzeniem tego faktu po 3 miesiącach.

Ponadto, Świadczeniodawca zapewni dostęp Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni do dokumentacji medycznej pacjentów leczonych z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek objętych programem lekowym, w szczególności do zdjęć lub nagrań wideo dokumentujących badania wymagane do oceny skuteczności lub oceny kamieni milowych rozwoju motorycznego wymienionych w pkt 2.1.1. monitorowania leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek.

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

Załącznik B.104.

**LECZENIE CHOROBY FABRY’EGO (ICD 10 E.75.2)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</b></p> <p>Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3.</p> <p>Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia;</li> <li>2) Pacjenci ze stwierdzoną objawową (wystąpienie co najmniej jednego z powikłań narządowych, niewyjaśnionych w pełni przez inną przyczynę) klasyczną lub nieklasyczną postacią choroby Fabry’ego;</li> </ol>	<p><b>Dawkowanie agalzydazy beta</b></p> <p>Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylniej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p> <p><b>Dawkowanie agalzydazy alfa</b></p> <p>Agalzydaza alfa jest podawana w dawce 0,2 mg/kg masy ciała, co drugi tydzień, we wlewach dożylnych trwających około 40 minut. Podawanie preparatu agalzydazy alfa prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p> <p><b>Dawkowanie migalastatu</b></p> <p>Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3);</li> <li>2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji);</li> <li>3) Morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) Wysokość i masa ciała;</li> <li>5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; ogólne badanie moczu; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR); wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria; stężenie glukozy na czczo i lipidogram; troponina;</li> <li>6) USG jamy brzusznej z oceną nerek;</li> <li>7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej;</li> <li>8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;</li> <li>9) Rezonans magnetyczny mózgu;</li> </ol>

<p>3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem:</p> <p>a) u mężczyzn: badania biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (brak lub znaczny niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie - norma wyniku musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, w osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA;</p> <p>b) u kobiet: badanie biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie; chociaż w przypadku ewidentnych objawów klinicznych choroby prawidłowa aktywność alfa galaktozydazy A nie wyklucza kwalifikacji do terapii – norma laboratorium musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA;</p> <p>4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz <math>GFR \geq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2</math>;</p> <p>Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu.</p> <p>Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiające leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z</p>		<p>10) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angiokeratomy);</p> <p>11) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu;</p> <p>12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Wysokość i masa ciała;</li><li>2) Morfologia krwi z rozmazem;</li><li>3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego</li></ol>
---	--	--

<p>programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii.</p> <p><b>3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat);</li><li>2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu;</li><li>3) Jednoczesowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu;</li><li>4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa;</li><li>6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu;</li><li>7) GFR &lt; 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup> - dotyczy migalastatu;</li><li>8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby;</li><li>9) Ciąża lub laktacja;</li></ol>		<p>(eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;</li><li>6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba);</li><li>7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry’ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku;</li><li>8) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu;</li><li>9) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3);</li><li>10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);</li></ol>
---	--	---

<p>10) Zaawansowana choroba serca z rozległymi zwłóknieniami lub schyłkowa niewydolność serca (NYHA 4) bez możliwości przeszczepu, o ile choroba serca jest jedynym (objawowym) wskazaniem do rozpoczęcia terapii;</p> <p>11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN;</p> <p>12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu;</p> <p>13) Końcowe stadium choroby Fabry’ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</b></p> <p>1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych;</p> <p>3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzone lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa;</p> <p>4) Cięża lub laktacja;</p> <p>5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia;</p> <p>6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.</p>		<p>13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;</p> <p>2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	--



Załącznik B.105.

**LECZENIE CHORYCH NA ZAPALENIE BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) (ICD-10: H20.0, H30.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>W programie finansuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) systemowe leczenie immunologiczne – <i>adalimumabem</i>;</li> <li>2) leczenie miejscowe – <i>deksametazonem w postaci implantu doszkliskowego</i>.</li> </ol> <p>Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN, opisane w <i>standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standardization of Uveitis Nomenclature)</i>.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) potwierdzenie niezakaźnego przewlekłego, przetrwałego lub nawrotowego zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – części pośredniej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>1.1. Dawkowanie adalimumabu</b></p> <p>80 mg początkowo, podskórnie.</p> <p>Następnie, po tygodniu od dawki początkowej, 40 mg podskórnie co dwa tygodnie.</p> <p><b>1.2. Dawkowanie deksametazonu</b></p> <p>Jeden implant doszkliskowo, nie częściej niż co 6 miesięcy.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <p>Muszą zostać wykonane badanie ogólne (1.1.) oraz badania szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Badania ogólne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie okulistyczne obejmujące: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS,</li> <li>b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego,</li> <li>c) ocenę dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT),</li> <li>d) badanie ultrasonograficzne (typ B) gałki ocznej,</li> <li>e) ocenę stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka według kryteriów SUN,</li> <li>f) ocenę stopnia przymglenia ciała szklanego według kryteriów SUN.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe badania przy kwalifikacji do terapii</b></p> <p><b>1.2.1. Adalimumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie poziomu płytek krwi (PLT);</li> </ol>

- 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną;
- 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
- 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

## 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

### 1.2.1. *Adalimumabem*

- a) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby:
  - przy dawce  $\leq 10$  mg prednizolonu lub dawce równoważnej innego leku sterydowego lub
  - przy terapii lekami immunosupresyjnymi lub
  - przy kombinacji obu powyższymi terapiami po kursie leczenia trwającym 15 tygodnilub
- b) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną, u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące:
  - do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub
  - w czasie stabilizacji choroby po odstawieniu obu typów leków, trwającej krócej niż 3 miesiące

- 3) odczyn Biernackiego;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi;
- 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie poziomu białka C-reaktywnego we krwi (CRP);
- 8) oznaczenie stężenia elektrolitów w surowicy krwi;
- 9) badanie ogólne moczu;
- 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;
- 11) test na kiłę;
- 12) test na boreliozę;
- 13) oznaczenie obecności antygenu HBs;
- 14) oznaczenie przeciwciał anti-HCV;
- 15) oznaczenie obecności antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
- 16) badanie RTG klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu);
- 17) elektrokardiogram (EKG);
- 18) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego;
- 19) rezonans magnetyczny w razie wskazań klinicznych;
- 20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

### 1.2.2. *Deksametazonem w postaci implantu*

- 1) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT lub w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa - opcjonalnie lub na prośbę Zespołu Koordynacyjnego.

<p>lub</p> <p>c) występowanie przeciwwskazań lub nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych.</p> <p>Choroba nieaktywna definiowana jest jako:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak aktywnej zapalnej zmiany naczyń i siatkówki lub naczyń siatkówki;</li><li>2) stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka 0,5+ według kryteriów SUN;</li><li>3) stopień przymglenia ciała szklistego oka 0,5+ według kryteriów SUN.</li></ol> <p><b>1.1.2. Deksametazonem w postaci implantu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) obecność klinicznie znamiennego obrzęku plamki w przebiegu ZBN;</li><li>b) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku w zakresie 0,1 – 0,8, określona na tablicach Snellena lub ETDRS.</li></ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>		<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.1.1. Adalimumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) CRP;</li><li>3) odczyn Biernackiego;</li><li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>6) test Quantiferon lub próba tuberkulinowa;</li><li>7) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI (do decyzji lekarza konsultującego).</li></ol> <p>Badania z pkt 1 – 5 wykonuje się przed podaniem:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) 3 dawki leku;</li><li>b) 5 dawki leku;</li><li>c) każdej kolejnej 5 dawki leku – do decyzji lekarza prowadzącego.</li></ol> <p>Badania z pkt 6 i 7 wykonuje się co 6 miesięcy.</p> <p><b>2.1.2. Deksametazonem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS;</li><li>2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego;</li><li>3) ocena dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT);</li></ol> <p>Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p>
---	--	---

<p><b>2.1. Czas leczenia w programie adalimumabem</b></p> <p>W przypadku braku powikłań leczenie powinno być prowadzone przez 24 miesiące.</p> <p>Za remisję należy uznać brak aktywności choroby zgodnie z kryteriami SUN, trwający dłużej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia.</p> <p><b>2.2. Czas leczenia w programie deksametazonem w postaci implantu</b></p> <p>Pacjent, u którego przed podaniem kolejnego implantu nie stwierdza się obrzęku płamki zostaje wyłączony z programu.</p> <p>W przypadku nawrotów obrzęku płamki u takiego pacjenta, może być on ponownie włączony do programu, zgodnie z kryteriami kwalifikacji.</p> <p>Pacjent w ramach programu może otrzymać maksymalnie 3 dawki deksametazonu do jednego oka.</p> <p>W przypadku utrzymującego się obrzęku bez wykładników zapalenia leczenie powinno być kontynuowane do łącznej dawki 3 podań do jednego oka. W przypadku nawrotu obrzęku płamki po 3 dawkach deksametazonu leczenie nie powinno być kontynuowane ze względu na brak skuteczności.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) wystąpienie w co najmniej jednym oku, w czasie co najmniej 6 tygodni od rozpoczęcia terapii adalimumabem lub w oku poddanym leczeniu po 4 miesiącach od rozpoczęcia terapii deksametazonem, co najmniej jednej z poniższych zmian:</p> <p>a) nowych aktywnych zmian zapalnych naczyńówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki</p>		<p>Ocena skuteczności leczenia odbywa się z porównaniem do wartości uzyskanych przy kwalifikacji do programu.</p> <p>W celu oceny skuteczności leczenia wykonuje się badanie okulistyczne obejmujące:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS;</li><li>2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego;</li><li>3) ocenę przedniego odcinka i dna oka;</li><li>4) ocenę płamki za pomocą optycznej koherentnej tomografii (OCT);</li><li>5) opcjonalnie angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – dla terapii deksametazonem.</li></ol> <p><b>2.2.1. Kryteria oceny skuteczności leczenia adalimumabem</b></p> <p>Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdej kolejnej 5 dawki leku.</p> <p>Poprawa definiowana jest jako:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklanego, według kryteriów SUN:<ol style="list-style-type: none"><li>a) <math>0 \leq 2</math> przy stanie początkowym większym lub równym 2;</li><li>b) do poziomu 0 przy stanie początkowym mniejszym niż 2;</li></ol></li><li>lub</li><li>2) zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyńówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki</li><li>lub</li></ol>
--	--	--

<p>lub</p> <p>b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o co najmniej 15 liter na tablicach Snellena lub ETDRS</p> <p>lub</p> <p>c) zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklanego:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– do stopnia 0,5+ dla pacjentów, którzy przy kwalifikacji osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN lub</li><li>– o 2 stopnie lub zwiększenie ze stopnia +3 na +4 dla pozostałych pacjentów;</li></ul> <p>2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		<p>3) poprawa BCVA o 3 linie na tablicach Snellena lub 15 liter na tablicy ETDRS</p> <p>lub</p> <p>4) stabilizacja ostrości wzroku.</p> <p><b>2.2.2. Kryteria oceny skuteczności leczenia deksametazonem</b></p> <p>Po 4 miesiącach od pierwszego podania implantu (+/- 7 dni) dokonuje się oceny pod kątem wystąpienia zmian opisanych w podpunkcie 1 kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdego kolejnego implantu (w dniu podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem), nie rzadziej niż co 6 miesięcy.</p> <p>Poprawa umożliwiająca dalsze leczenie definiowana jest jako:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) zmniejszenie grubości siatkówki o <math>\geq 10\%</math> i <math>&gt; 50 \mu\text{m}</math> w stosunku do wartości przed pierwszym podaniem leku w programie (w centralnym polu OCT);</li><li>2) poprawa BCVA o co najmniej 1 linię na tablicach Snellena lub ETDRS.</li></ol> <p>Brak spełnienia tych warunków łącznie na wizycie przed podaniem kolejnego implantu uniemożliwia dalsze leczenie w programie i ponowną kwalifikację.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji</li></ol>
---	--	--

		<p>internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
--	--	---

Załącznik B.106.

**PROFILAKTYKA REAKTYWACJI WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW OTRZYMUJĄCYCH LECZENIE ZWIĄZANE Z RYZYKIEM REAKTYWACJI HBV (ICD-10 B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anti-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:</p> <p>1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych lub</p> <p>1.2. zakwalifikowani do leczenia biologicznego związanego z wysokim lub średnim ryzykiem reaktywacji HBV (leczenie przeciwciałami monoklonalnymi anti-CD20, chemioterapią systemową, glikokortykosteroidami w dużych dawkach (<math>\geq 20</math> mg dz. &gt; 4 tygodnie) inhibitorami kinaz tyrozynowych, inhibitorami cytokin, inhibitorami immunofilin, inhibitorami TNF-alfa oraz inhibitorami proteasomów)</p> <p>lub</p> <p>1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Profilaktykę/leczenie HBV stosuje się przez cały okres leczenia biologicznego i 18 miesięcy po jego zakończeniu. W wybranych przypadkach terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.</p>	<p><b>Entekawir:</b> 0,5 mg 1x dobę lub <b>Tenofowir:</b> 245 mg 1 x na dobę</p> <p><i>Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</i></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) HBsAg</li> <li>2) anti-HBs</li> <li>3) anti-HBc IgG/całkowite</li> <li>4) HBV DNA ilościowe</li> <li>5) morfologia krwi</li> <li>6) ALT</li> <li>7) kreatynina</li> </ol> <p><b>2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ALT</li> <li>2) HBV DNA</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie w trakcie 18 miesięcznej kontynuacji profilaktyki po zakończeniu leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz w ciągu 12 miesięcy po zakończeniu profilaktyki reaktywacji HBV - co 3 miesiące:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) HBV DNA</li> </ol>

<p>Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy.</p>		<p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych.</li><li>2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.</li><li>3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</li></ol>
--	--	---



Załącznik B.107.

**LECZENIE CHORYCH Z PRZEWLEKłą POKRZYWKą SPONTANICZNą (ICD-10: L50.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) wiek <math>\geq</math> 12. roku życia;</p> <p>2) udokumentowana historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu;</p> <p>3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami:</p> <p>a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7 <math>\geq</math> 28 oraz</p> <p>b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI <math>\geq</math> 10;</p> <p>4) oporna przewlekła pokrzywka spontaniczna, w przypadku, gdy w okresie poprzedzającym kwalifikację do programu nie uzyskano oczekiwanej poprawy kontroli objawów po leczeniu lekami przeciwhistaminowymi H1 drugiej generacji przyjmowanych w dawce 4-krotnie przekraczającej dawkę standardową przez okres minimum 4 tygodni;</p> <p>5) w przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadoma kontrolę urodzeń w czasie leczenia.</p> <p><b>2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych jako UAS7 &gt; 16 lub DLQI <math>\geq</math> 10;</p>	<p><b>1. Dawkowanie omalizumabu</b></p> <p>Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie z uwzględnieniem rekomendacji EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/Euro GuiDerm/APAAACI.</p> <p>1.1. Leczenie omalizumabem należy zawiesić po 24 tygodniach (+/-14dni) od rozpoczęcia terapii (podania pierwszej dawki leku). Pacjent nie powinien przerywać leczenia lekiem przeciwhistaminowym. W czasie zawieszenia udziału pacjenta w programie lekowym zastosowanie leku przeciwhistaminowego pozostaje do decyzji lekarza.</p> <p>1.2. U pacjentów, u których odwiesza się leczenie omalizumabem terapia powinna być kontynuowana z zastosowaniem dawki zgodnej z Charakterystyką Produktu Leczniczego przez okres kolejnych 24 tygodni (+/-14dni) tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>2) ocena nasilenia objawów pokrzywki:</p> <p>a) Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7,</p> <p>b) Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>4) CRP;</p> <p>5) TSH;</p> <p>6) aminotransferaza alaninowa (ALAT);</p> <p>7) kreatynina i mocznik w surowicy;</p> <p>8) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:</b></p> <p>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI);</p> <p>2) dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych.</p>

<p>2) ciąża lub laktacja;</p> <p>3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania omalizumabu;</p> <p>4) izolowany obrzęk naczynioruchowy;</p> <p>5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych;</p> <p>6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa;</p> <p>7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi;</p> <p>8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Po upływie 24 tygodni (+/-14dni) leczenie omalizumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli choroby, a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku.</p> <p>Pacjent, u którego zawieszono leczenie omalizumabem, a u którego wcześniejszym leczeniem osiągnięto istotną poprawę kontroli choroby i poprawę jakości życia, może być ponownie włączony przez lekarza prowadzącego do programu, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźników UAS7 do poziomu wartości nie mniejszej niż 16 oraz pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>U chorych, u których w okresie 24 tygodni od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli choroby, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.</p>	<p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta.</p> <p>Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.</p>	<p><b>2.2. Po 12 i 24 (+/- 14 dni) tygodniu leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI);</li><li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>3) CRP;</li><li>4) TSH;</li><li>5) aminotransferaza alaninowa (ALAT);</li><li>6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;</li><li>7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni (+/-14 dni) leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI);</li><li>2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych.</li></ol> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na</li></ol>
--	--	---

<p>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.</p> <p><b>4. Kryteria ponownego włączenia do programu</b></p> <p>Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu</li><li>albo</li><li>2) planowej przerwy w leczeniu.</li></ul> <p>Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.</p>		<p>zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	--	---

Załącznik B.108.FM.

**LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM RDZENIASTYM TARCZYCY (ICD-10: C73)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie raka rdzeniastego tarczycy substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>wandetanib</i>;</li> <li>2) <i>selperkatynib</i>.</li> </ol> <p>Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie;</li> <li>2) choroba miejscowo zaawansowana lub uogólniona - po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii;</li> <li>3) obecność zmian mierzalnych według aktualnych kryteriów RECIST;</li> <li>4) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie <i>wandetanibu</i></b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL).</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Zalecana dawka <i>wandetanibu</i> wynosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 300 mg na dobę.</li> </ol> <p><b>2. Dawkowanie <i>selperkatynibu</i></b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Zalecana dawka <i>selperkatynibu</i> wynosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 120 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała mniejszej niż 50 kg,</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie AlAT i AspAT;</li> <li>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA;</li> <li>7) oznaczenie stężenia TSH;</li> <li>8) badanie ogólne moczu;</li> <li>9) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K;</li> <li>10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>11) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>12) EKG z oceną odstępu QTc;</li> <li>13) TK lub MR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby;</li> <li>14) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej - w przypadku <i>wandetanibu</i>.</li> </ol>

<p>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami w aktualnej ChPL;</p> <p>6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL;</p> <p>7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;</p> <p>8) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>9) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.2.1. Terapia <i>wandetanibem</i></b></p> <p>1) wiek powyżej 18 lat;</p> <p>2) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu - konieczność udokumentowania progresji według RECIST w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia <i>wandetanibem</i>;</p> <p>3) stan sprawności 0-2 według ECOG;</p> <p><b>1.2.2. Terapia <i>selperkatynibem</i></b></p> <p>1) wiek co najmniej 12 lat;</p> <p>2) niepowodzenie lub nietolerancja farmakoterapii systemowej z użyciem <i>wandetanibu</i> lub <i>kabozantynibu</i>;</p> <p>3) potwierdzona mutacja germinalna lub somatyczna w genie RET w guzie (pozytywny wynik testu DNA linii zarodkowej w kierunku mutacji w genie RET jest dopuszczalny przy braku badań tkanki nowotworowej);</p>	<p>b) 160 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała równej 50 kg lub większej.</p>	<p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Terapia <i>wandetanibem</i></b></p> <p><b>2.1.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:</b></p> <p>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;</p> <p>2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi.</p> <p><b>2.1.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:</b></p> <p>1) oznaczenie AlAT i AspAT;</p> <p>2) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>4) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);</p> <p>6) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);</p> <p>7) badanie EKG z oceną QTc;</p> <p>8) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane).</p> <p><b>2.1.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie AlAT i AspAT;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p>
---	--	--

<p>4) dostępna zarchiwizowana próbka tkanki nowotworowej (z zastrzeżeniem jak w pkt. 3);</p> <p>5) brak potwierdzonego dodatkowego (zatwierdzonego) czynnika onkogennego, który może powodować oporność na leczenie;</p> <p>6) brak wcześniejszego leczenia selektywnym inhibitorem(a) RET;</p> <p>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</p> <p>8) co najmniej jedna mierzalna zmiana, zgodnie z aktualną definicją RECIST lub RANO i wcześniej nie napromieniana;</p> <p>9) stan sprawności:</p> <p>a) dorośli 0-2 w skali ECOG,</p> <p>b) pacjenci do 16 roku życia <math>\geq 40</math> w skali Lansky'ego.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni <i>wandetanibem/selperkatynibem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p>	<p>4) oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;</p> <p>6) oznaczenie stężenia kalcytoniny i CEA;</p> <p>7) oznaczenie stężenia TSH;</p> <p>8) badanie ogólne moczu;</p> <p>9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>2.1.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:</b></p> <p>1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej- w przypadku <i>wandetanibu</i>.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.</p> <p><b>2.2. Terapia <i>selperkatynibem</i></b></p> <p><b>2.2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:</b></p> <p>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;</p> <p>2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;</p> <p>3) oznaczenie AlAT i AspAT;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny.</p> <p><b>2.2.2. Co najmniej raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:</b></p> <p>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p>
---	--

<ol style="list-style-type: none"><li>1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST;</li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>4) pogorszenie stanu sprawności, związane z leczeniem, o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg ECOG u dorosłych (dotyczy <i>selperkatynibu</i> i <i>wandetanibu</i>) lub do wartości 30 w skali Lansky'ego u pacjentów do 16. roku życia (dotyczy <i>selperkatynibu</i>);</li><li>5) ciąża lub okres karmienia piersią;</li><li>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub wycofanie zgody na leczenie.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;</li><li>4) oznaczenie AlAT i AspAT;</li><li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny.</li></ol> <p><b>2.2.3. Badania wykonywane co 2 miesiące przez kolejne 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;</li><li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;</li><li>4) oznaczenie AlAT i AspAT;</li><li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny.</li></ol> <p><b>2.2.4. Badania wykonywane co 3 miesiące po roku od rozpoczęcia leczenia lub w przypadku wskazań klinicznych:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;</li><li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;</li><li>4) oznaczenie AlAT i AspAT;</li><li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>6) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>7) oznaczenie stężenia TSH, kalcytoniny i CEA;</li><li>8) badanie ogólne moczu;</li><li>9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.</li></ol> <p>Dodatkowo, należy monitorować ciśnienie tętnicze w trakcie leczenia i w razie potrzeby zastosować standardową terapię przeciwnadciśnieniową.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p>
---	--	--

		<p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności terapii</b></p> <p>1) ocena skuteczności (w oparciu o aktualne kryteria RECIST) - co 3 miesiące:</p> <p>a) wskaźniki efektywności:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR),</li><li>- czas trwania odpowiedzi (DOR),</li><li>- przeżycie bez progresji choroby (PFS),</li><li>- przeżycie całkowite (OS),</li><li>- jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL) na podstawie dostępnych, standardowych kwestionariuszy.</li></ul> <p>b) oczekiwane korzyści zdrowotne dla <i>selperkatynibu</i> (wg badania rejestracyjnego):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- mediana OS ok 33,25 miesięcy,</li><li>- prawdopodobieństwo OS w punktach czasowych dla:<ul style="list-style-type: none"><li>i. 12 miesięcy: 87%,</li><li>ii. 18 miesięcy: 77%,</li><li>iii. 24 miesiące: 77%,</li></ul></li><li>- ORR = 69%,</li><li>- prawdopodobieństwo DOR (mediana DOR nie została osiągnięta w trakcie trwania badania), w punktach czasowych dla:<ul style="list-style-type: none"><li>i. 6 miesięcy: 32%,</li><li>ii. 6-12 miesięcy: 31%,</li><li>iii. 12-18 miesięcy: 24%,</li></ul></li></ul>
--	--	--



		<p>iv. 18-24 miesięcy: 8%, v. <math>\geq 24</math> miesięcy: 4%,</p> <p>– prawdopodobieństwo PFS (mediana PFS nie została osiągnięta w trakcie trwania badania) w punktach czasowych dla:</p> <p>i. 12 miesięcy: 77%, ii. 18 miesięcy: 68 %, iii. 24 miesiące: 61%,</p> <p>– poprawa lub stabilizacja we wszystkich domenach HRQoL;</p> <p>2) ocena bezpieczeństwa terapii</p> <p>a) monitorowanie częstość występowania działań niepożądanych.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR),</li><li>– czas trwania odpowiedzi (DOR),</li><li>– przeżycie bez progresji choroby (PFS),</li><li>– przeżycie całkowite (OS),</li><li>– jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL);</li></ul>
--	--	---

		<p>3) w przypadku wyłączenia pacjenta z programu – przekazywanie informacji czy powodem zakończenia była progresja choroby czy inne kryteria zgodnie z punktem 3. Kryteria wyłączenia - dotyczy selperkatynibu;</p> <p>4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

Załącznik B.109.

## LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH (E 71.1, E 71.3, E 72.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, których leczenie L-karnityną było finansowane w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)</b></p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynurii oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</b></p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii glutarowej typu I oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną</p>	<p>Leczenie należy rozpocząć w momencie ustalenia wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną.</p> <p>Dawki L-karnityny należy dostosowywać indywidualnie do określonej jednostki chorobowej, wieku, masy ciała i stanu klinicznego pacjenta oraz do bieżącego stężenia wolnej karnityny we krwi. Okresowo – w zależności od sytuacji klinicznej – może występować konieczność zwiększenia dawki nawet do poziomu maksymalnego (stan dekompensacji) lub redukcji nawet do poziomu 0 (w sytuacji wyrównania metabolicznego). Każdorazowo o zmianie dawkowania L-karnityny decyduje lekarz prowadzący.</p> <p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)</b></p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</b></p>	<p>Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych.</p> <p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie podmiotowe;</li> <li>2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);</li> <li>3) Stężenie karnityny wolnej;</li> <li>4) Stężenie karnityny całkowitej;</li> <li>5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie podmiotowe;</li> <li>2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);</li> <li>3) Stężenie karnityny wolnej;</li> <li>4) Stężenie karnityny całkowitej;</li> <li>5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.</li> </ol>

<p>zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)</b> Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii izowalerianowej (IVA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)</b> Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii metylomalonowej (MMA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.5. Acyduria propionowa (PA)</b> Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii propionowej (PA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.6. Zaburzenia spalania długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2</b> Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub deficytu CACT, lub deficytu CPT2 oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołącuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)</b></p>	<p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.5. Acyduria propionowa (PA)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.6. Zaburzenia spalania długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołącuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)</b></p>	<p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
---	---	--

<p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)</b></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><b>1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)</b></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><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę</p>	<p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)</b></p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)</b></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><b>1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii</b></p> <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynujący ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym” powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zespół Koordynujący dokonuje weryfikacji skuteczności leczenia po zakończeniu terapii.</p> <p><b>2. Rodzaje programów</b></p> <p><b>A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem</b></p> <p><b>A.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami <i>International Neuroblastoma Staging System</i> (INSS);</li> <li>2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania lub</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Dawkowanie:</b></p> <p>Dawkowanie dinutuksymabu beta odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego, obowiązującej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu (art.24 ust.1 pkt.1).</p> <p>Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m<sup>2</sup>/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni.</p> <p>U pacjentów z chorobą pierwotnie oporną na leczenie i/lub progresją lub wznową choroby oraz u pacjentów, którzy nie uzyskali całkowitej remisji po leczeniu pierwszej linii, dinutuksymab beta należy rozważyć podawanie tego produktu w skojarzeniu z interleukiną-2 (IL-2), zgodnie z</p>	<p><b>A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem</b></p> <p><b>A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej – w okresie maksymalnie 8 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dinutuksymabem beta obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),</li> <li>b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy,</li> <li>c) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub badanie PET),</li> </ol> </li> </ol>

<p>b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku &gt;12 miesięcy w momencie rozpoznania;</p> <p>3) uzyskanie minimum częściowej remisji miejsc przerzutów po zastosowaniu leczenia indukcyjnego zgodnie z aktualnym protokołem terapeutycznym u pacjentów, u których w kolejnym etapie leczenia przeprowadzono minimum jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych;</p> <p>4) wiek <math>\geq 12</math> miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii;</p> <p>5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia;</p> <p>6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu);</p> <p>7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta;</p> <p>8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie;</p> <p>9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV);</p> <p>10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.</p> <p>Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.</p> <p><b>A.2. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);</p>	<p>opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta.</p> <p>Równoległe z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.</p>	<p>d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,</p> <p>e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu;</p> <p>2) ocena funkcji narządów:</p> <p>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa <math>\geq 30\%</math>) oraz EKG,</p> <p>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC <math>&gt;60\%</math>), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SATO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,</p> <p>c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC <math>&gt;500/u\ell</math>; stabilna liczba płytek <math>&gt;20.000/u\ell</math> oraz Hb <math>&gt;8.0</math> g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,</p> <p>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,</p> <p>e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR,</p> <p>f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,</p> <p>g) ocena słuchu,</p> <p>h) badanie EEG,</p> <p>i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,</p> <p>j) zdjęcie klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2.</p> <p><b>A.2. Monitorowanie leczenia</b></p>
--	--	---

- 2) ciąża i karmienie piersią;
- 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu;
- 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby przebiegające z drgawkami;
- 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia;
- 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);
- 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w płucnej.

#### A.3. Określenie czasu leczenia według programu

Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu.

#### A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie

- 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:
  - a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,
  - b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,
  - c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,

- 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów, a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia:
  - a) odpowiednia saturacja krwi (SpO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem,
  - b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych  $\geq 500/\mu\text{l}$ , liczba płytek krwi  $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$ , hemoglobina >8,0 g/dl, niewykłuczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych,
  - c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,
  - d) odpowiednia czynność nerek;
- 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):
  - a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,
  - b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,
  - c) CRP: 1, 8 i 11 doba,
  - d) układ krzepnięcia: 1 doba,
  - e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2,
  - f) EKG w 1 i 11 dobie,
  - g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego



<p>d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,</p> <p>e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia,</p> <p>f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii,</p> <p>2) wskazania do przerywania cyklu immunoterapii, z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):</p> <p>a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,</p> <p>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <math>&lt;125</math> mmol/l trwająca <math>&gt;48</math> godzin lub hiponatremia ciężka <math>&lt;120</math> mmol/l,</p> <p>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurec oskrzeli),</p> <p>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC,</p> <p>e) neuropatia obwodowa 3 stopnia,</p> <p>f) kardi toksyczność <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,</p> <p>h) choroba posurowicza <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>i) toksyczności skórne <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.</p> <p><b>B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego</b></p>		<p>cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego;</p> <p>3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:</p> <p>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,</p> <p>b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,</p> <p>c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),</p> <p>d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET) tylko w przypadku podejrzenia progresji lub wznowy choroby.</p> <p><b>B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego</b></p> <p><b>B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii</b></p> <p>1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej, ale dokonana co najmniej 8 tygodni w przypadku scyntygrafii, a 6 tygodni dla innych badań przed planowanym rozpoczęciem leczenia - obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia:</p> <p>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),</p>
---	--	---

Do programu kwalifikowani będą pacjenci niezależnie od stopnia osiągniętej remisji (dopuszczalna jest obecność stabilnych zmian nowotworowych).

### B.1. Kryteria kwalifikacji

1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS);

2) wiek  $\geq 12$  miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii;

3) stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka nieadekwatnej odpowiedzi na wstępne leczenie indukcyjne, u których przeprowadzono kolejną linię chemioterapii indukcyjnej i zastosowano co najmniej jedną terapię mieloablacyjną w dowolnym etapie leczenia wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych,  
lub

stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka progresji lub wznowy choroby, u których uzyskano co najmniej stabilizację choroby po kolejnej linii chemioterapii indukcyjnej i przeprowadzono co najmniej jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący,  
lub

stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania,  
lub

stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka;

b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy,

c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub PET),

d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,

e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężenia katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu;

2) ocena funkcji narządów:

a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa  $\geq 30\%$ ) oraz EKG,

b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC  $>60\%$ ), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,

c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC  $>500/\mu\text{l}$ ; stabilna liczba płytek  $>20.000/\mu\text{l}$  oraz Hb  $>8.0$  g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,

d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,

e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR,

f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,

g) ocena słuchu,

- 4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie;
- 5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią;
- 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu);
- 7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV);
- 8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia;
- 9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.

Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.

#### **B.2. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);
- 2) ciąża i karmienie piersią;
- 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu;
- 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami;
- 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia;
- 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);

- h) badanie EEG,
- i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,
- j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2.

#### **B.2. Monitorowanie leczenia**

- 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów; a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia:
  - a) odpowiednia saturacja krwi tlenem (SpO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym,
  - b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych  $\geq 500/\mu\text{l}$ , liczba płytek krwi  $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$ , hemoglobina  $>8,0\ \text{g/dl}$ ,
  - c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,
  - d) odpowiednia czynność nerek;
- 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):
  - a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,
  - b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,
  - c) CRP: 1, 8 i 11 doba,
  - d) układ krzepnięcia: 1 doba,

7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.

### B.3. Określenie czasu leczenia według programu

Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu.

### B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie

1) bezwzględne wskazania do przerywania immunoterapii:

- a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwnowotworowego, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,
- b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,
- c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,
- d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,
- e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia,
- f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii.

2) wskazania do przerywania cyklu immunoterapii z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):

e) EKG w 8 i 11 dobie,

f) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego;

3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:

- a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,
- b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,
- c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),
- d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET).

### C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych

- 1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy);
- 2) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu);
- 3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja;
- 4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy

<p>a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,</p> <p>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <math>&lt;125</math> mmol/l trwająca <math>&gt;48</math> godzin lub hiponatremia ciężka <math>&lt;120</math> mmol/l,</p> <p>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurez oskrzeli),</p> <p>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC,</p> <p>e) neuropatia obwodowa 3 stopnia,</p> <p>f) kardiotoxyczność <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,</p> <p>h) choroba posurowicza <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>i) toksyczności skórne <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.</p>		<p>mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu;</p> <p>5) ocena funkcji narządów:</p> <p>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa <math>\geq 30\%</math>) oraz EKG,</p> <p>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC <math>&gt;60\%</math>), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,</p> <p>c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej,</p> <p>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,</p> <p>e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR;</p> <p>6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku;</p> <p>7) ocena słuchu;</p> <p>8) badanie EEG;</p> <p>9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV;</p> <p>10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej);</p> <p>11) ocena hormonów tarczycy;</p> <p>12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej).</p>
---	--	---

		<p><b>D. Monitorowanie efektów leczenia po zakończeniu immunoterapii</b> Co 12 miesięcy od zakończenia immunoterapii przez okres 5 lat informacja o progresji lub wznowie choroby.</p> <p><b>E. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta, w tym danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”;</li><li>2) uzupełnianie przez lekarza prowadzącego danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li><li>4) zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych;</li><li>5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.111.

## LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU TERAPII PROMUJĄCEJ WZRASTANIE (ICD-10 E23.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Terapii Promującej Wzrastanie powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>A. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH);</li> <li>2) stężenie IGF-I poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego;</li> <li>3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) u osób dorosłych nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult onset GHD – AO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny);</li> <li>b) u młodzieży i osób dorosłych leczonych wcześniej z powodu GHD (childhood onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>A. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-0,8 mg.</p>	<p><b>A. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;</li> <li>2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);</li> <li>5) ocena stężenia IGF-I;</li> <li>6) ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA<sub>1c</sub>) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii;</li> <li>7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;</li> <li>8) oznaczenie stężenia TSH i FT4;</li> <li>9) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384];</li> <li>10) pomiar stężenia kortyzolu w godzinach porannych;</li> <li>11) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z Kryteriami Kwalifikacji do Programu; podstawowym testem</li> </ol>

stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD, lub w jednym teście w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny);

c) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzeniem przyczyny organicznej lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstępianie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-I;

4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności MRI okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

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

#### **C. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego;
- 2) ciężkie stany zagrażające życiu;
- 3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH;
- 4) utrzymujące się podwyższone stężenie IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie);

powinien być test stymulacyjny z zastosowaniem insuliny podanej dożylnie, w przypadku przeciwwskazań do w/w testu lub konieczności wykonania dwóch testów należy wykonać test z glukagonem, L-DOPA lub z arginina;

- 12) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (MRI lub TK z kontrastem);
- 13) USG jamy brzusznej;
- 14) EKG, ewentualnie USG serca;
- 15) badanie dna oka;
- 16) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

#### **B. Monitorowanie leczenia**

- 1) po 30 dniach od rozpoczęcia terapii:
  - a) pomiar stężenia IGF-I w celu ustalenia dawki optymalnej.
- 2) co 180 dni:
  - a) ocena masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;
  - b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
  - c) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);
  - d) określenie odsetka HbA1c;
  - e) ocena stężenia IGF-I;
  - f) oznaczenie stężenia TSH i FT4;
  - g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;
  - h) ocena QoL;
  - i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.



<p>5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia (ocena po 12 i 24 miesiącach);</p> <p>6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.</p>		<p><b>C. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
---	--	---

Załącznik B.112.

**LECZENIE CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ (ICD-10: E84)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem mukowiscydozy, którzy spełniają jednocześnie niżej przedstawione warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pisemna zgoda pacjenta na udział w programie;</li> <li>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;</li> <li>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;</li> <li>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;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie leków zgodnie z Charakterystykami Produktów Leczniczych aktualnych na dzień wydania decyzji refundacyjnych.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1.1. W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) test potowy;</li> <li>2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu);</li> <li>3) aminotransferaza alaninowa;</li> <li>4) aminotransferaza asparaginowa;</li> <li>5) stężenie bilirubiny w surowicy krwi;</li> <li>6) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła;</li> <li>7) konsultacja okulistyczna u pacjentów &lt;18rż.</li> </ol> <p>1.2. W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie obrazowe klatki piersiowej.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) test potowy po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęciu leczenia, a następnie raz w roku;</li> <li>2) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje</li> </ol>

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"><li>2) stan po przeszczepieniu płuc;</li><li>3) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy lub 3-krotnie większa od górnej granicy normy z jednoczesnym podwyższeniem stężenia bilirubiny 2-krotnie powyżej górnej granicy normy (po zmniejszeniu i ustabilizowaniu aktywności tych parametrów, można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego);</li><li>4) okresowe przerwanie leczenia lub modyfikacja dawki w przypadku wystąpienia interakcji z innymi lekami – zgodnie z ChPL poszczególnych produktów;</li><li>5) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha) – dotyczy wyłącznie terapii eleksakaftorem/tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem;</li><li>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);</li><li>7) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych;</li><li>8) uporczywe zaniechanie zaleceń terapeutycznych lekarza prowadzącego.</li></ol>		
---	--	--

Załącznik B.113.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBYMI NEREK (ICD-10 N18)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikują się pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO;</li> <li>2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego;</li> <li>3) brak cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>); albo stężenie albuminy co najmniej 3,5 g/dl oraz limfocytemia &gt;1500/mm<sup>3</sup>;</li> <li>4) BMI w granicach normy;</li> <li>5) redukcja eGFR &lt;2 ml/min w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed kwalifikacją;</li> <li>6) proteinuria &lt;1 g/g kreatyniny w moczu;</li> <li>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;</li> <li>8) deklaracja przestrzegania wymaganej diety pod indywidualnym nadzorem dietetyka;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka leku Ketosteril® wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków.</p> <p>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><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN);</li> <li>2) oznaczenie eGFR z zastosowaniem wzoru MDRD;</li> <li>3) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;</li> <li>4) badanie krwi z oceną stężenia: białka C-reaktywnego, albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, wodorowęglanów i glukozy oraz ocena aktywności fosfatazy zasadowej oraz liczby limfocytów/mm<sup>3</sup>;</li> <li>5) badanie ogólne moczu i ocena stężenia wydalania białka i fosforu;</li> <li>6) ocena BMI.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane co 30 dni: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN);</li> <li>b) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;</li> </ol> </li> </ol>

<p>9) wiek <math>\geq 18</math> lat.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu:</b></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"><li>1) zakwalifikowanie do leczenia nerkozastępczego;</li><li>2) chorzy w trakcie leczenia nerkozastępczego;</li><li>3) brak współpracy pacjenta w zakresie dotychczasowej terapii i kontroli;</li><li>4) udokumentowane zaburzenia metabolizmu aminokwasów;</li><li>5) hiperkalcemia;</li><li>6) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;</li><li>7) istotne choroby towarzyszące (cukrzyca, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit);</li><li>8) anoreksja;</li><li>9) zła tolerancja leczenia lub wcześniejsza nie tolerancja leczenia;</li><li>10) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>).</li></ol> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></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"><li>a) stężenie kreatyniny i wodorowęglanów w surowicy;</li><li>b) ocena aktywności fosfatazy zasadowej;</li><li>c) oznaczenie GFR z zastosowaniem wzoru MDRD;</li><li>d) ocena BMI.</li></ol> <p>3) konsultacje wykonywane co 30 dni:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja nefrologiczna;</li><li>b) w ramach indywidualnego nadzoru nad dietą pacjenta konsultacja z dietetykiem odnośnie właściwego stosowania przez pacjenta wymaganej diety;</li></ol> <p>4) po roku leczenia ketoanalogami aminokwasów wykonuje się ocenę hamowania progresji choroby na podstawie spadku eGFR.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li></ol>
--	--	--

<ol style="list-style-type: none"><li>1) spełnienie co najmniej jednego z kryteriów uniemożliwiających kwalifikację do programu;</li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 3, 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO;</li><li>4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	--

Załącznik B.114.

**LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>W ramach programu lekowego, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami, udostępnia się poniższe terapie:</b></p> <p><b>1) w I linii leczenia ostrej białaczki szpikowej:</b></p> <p>a) <i>leczenie midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (pacjenci z mutacją FLT3),</i> albo</p> <p>b) <i>leczenie gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (bez względu na status mutacji FLT3),</i> albo</p> <p>c) <i>leczenie wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną (bez względu na status mutacji FLT3);</i></p> <p><b>2) w leczeniu podtrzymującym po terapii indukującej albo indukującej i konsolidującej u chorych na ostrą białaczkę szpikową:</b></p> <p>a) <i>leczenie azacytydyną doustną w monoterapii;</i></p> <p><b>3) w II i kolejnych liniach leczenia ostrej białaczki szpikowej:</b></p> <p>a) <i>leczenie gilterytynibem w monoterapii (pacjenci z mutacją FLT3).</i></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p>	<p><b>1. Dawkowanie leków w terapii</b></p> <p><b>1.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <p><b>1.1.1. Leczenie indukujące</b></p> <p><u>Pierwszy cykl:</u></p> <p>Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia cyklu.</p> <p>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę podawana w infuzji dożylniej w okresie od 1. do 3. dnia cyklu.</p> <p>Cytarabina – dawka 100-200 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylniej w okresie od 1. do 7. dnia cyklu.</p> <p><u>Drugi cykl:</u></p> <p>Jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego wraz z midostauryną (dawkowanie 2-go cyklu takie samo jak dla pierwszego cyklu lub z wyższymi dawkami cytarabiny).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do I linii leczenia oraz do II i kolejnych linii leczenia ostrej białaczki szpikowej</b></p> <p>1) badania potwierdzające rozpoznanie ostrej białaczki szpikowej (biopsja aspiracyjna szpiku, trepanobiopsja w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej, badanie immunofenotypowe, badanie cytogenetyczne lub badania molekularne), w tym:</p> <p>a) potwierdzające obecność mutacji <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]) – w przypadku terapii <i>midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i> oraz <i>gilterytynibem w monoterapii</i>.</p> <p>U chorych z opornością na leczenie, którzy kwalifikowani są do leczenia gilterytynibem możliwe jest uwzględnienie badania immunofenotypowego i badania mutacji <i>FLT3</i> wykonanych przed rozpoczęciem leczenia indukującego),</p>



<p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>2) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li> <li>3) stan sprawności według ECOG: 0-2, jeśli ECOG 2 wynika z aktywności ostrej białaczki przed rozpoczęciem leczenia I linii (za wyjątkiem kwalifikacji do terapii <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i> – pkt. 1.2.3.4.b);</li> <li>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li> <li>6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>7) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej;</li> <li>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne ekspertów European LeukemiaNet;</li> <li>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</b></p> <p><b>1.2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa;</li> <li>3) udokumentowana obecność mutacji genu <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]);</li> <li>4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej.</li> </ol>	<p><b>1.1.2. Leczenie konsolidujące</b></p> <p>U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 3 do 4 cykli leczenia konsolidującego:</p> <p>Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia każdego cyklu.</p> <p>Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m<sup>2</sup> (500-1000 mg/m<sup>2</sup>, jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu.</p> <p><b>1.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <p><b>1.2.1. Leczenie indukujące</b></p> <p><u>Pierwszy cykl:</u></p> <p>Gemtuzumab ozogamycyny – zalecana dawka 3 mg/m<sup>2</sup> pc./dawkę (maksymalnie 1 fiołka 5 mg) podawana w infuzji w 1., 4. i 7. dniu. Gemtuzumab może być również stosowany w jednorazowym podaniu tylko w dniu 1. cyklu indukującego zgodnie z zaleceniami European LeukemiaNet.</p> <p>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia.</p> <p>Cytarabina – dawka 100-200 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia.</p> <p><u>Drugi cykl:</u></p> <p>Jeżeli konieczny jest drugi cykl leczenia indukującego, gemtuzumabu ozogamycyny nie</p>	<p>b) badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych – w przypadku terapii <i>gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i>;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) ocena stanu ogólnego (ECOG);</li> <li>3) ocena chorób współistniejących (HCT-CD);</li> <li>4) badania laboratoryjne:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) biochemia: mocznik, kreatynina, kwas moczowy, stężenie sodu, stężenie potasu, stężenie wapnia, glukoza, bilirubina, AST, ALT,</li> <li>c) koagulogram: APTT, PT lub INR, fibrynogen,</li> <li>d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> </ol> </li> <li>5) EKG;</li> <li>6) ECHO serca (do decyzji lekarza);</li> <li>7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza);</li> <li>8) punkcja łędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN);</li> <li>9) eGFR oraz przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb) – w przypadku terapii <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i>;</li> <li>10) stężenie magnezu, kinaza fosfokreatynowa, fosfataza alkaliczna (ALP) – w przypadku terapii <i>gilterytynibem w monoterapii</i>.</li> </ol>
---	---	---

<p><b>1.2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>wiek 15 lat i powyżej;</li> <li>nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca <i>de novo</i> z ekspresją antygeny CD33 na komórkach blastycznych;</li> <li>brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej;</li> <li>kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej;</li> <li>potwierdzone cytogenetycznie korzystne lub pośrednie czynniki rokownicze (dopuszczalne jest włączenie do terapii indukującej chorych z niemożliwym do oceny ryzykiem cytogenetycznym wynikającym ze złej jakości materiału diagnostycznego, tj. braku podziałów komórkowych, pod warunkiem, że w badaniach molekularnych wykluczono u pacjenta obecność niekorzystnych czynników rokowniczych);</li> <li>brak zdiagnozowanej ostrej białaczki szpikowej wtórnej (po zespole mielodysplastycznym [MDS; ang. myelodysplastic syndrom] lub przewlekłych zespołach mieloproliferacyjnych) oraz ostrej białaczki szpikowej zależnej od chemio- lub radioterapii.</li> </ol> <p><b>1.2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca <i>de novo</i> lub wtórna, zdiagnozowana w oparciu o obowiązujące kryteria WHO;</li> <li>brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego przygotowującego pacjenta do leczenia <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i>);</li> <li>niekwalifikowanie się do standardowej intensywnej chemioterapii, definiowane jako: <ol style="list-style-type: none"> <li>wiek 75 lat i powyżej,</li> <li>lub</li> </ol> </li> </ol>	<p>należy podawać podczas tego cyklu. Podczas drugiego cyklu leczenia indukującego należy podawać wyłącznie daunorubicynę i cytarabinę w następującym zalecanym schemacie dawkowania:</p> <p>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę podawana w okresie od 1. do 2. dnia cyklu.</p> <p>Cytarabina – dawka 1000 mg/m<sup>2</sup> pc. (500-1000 mg/m<sup>2</sup>, jeśli chory ≥60 lat) podawana w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w okresie od 1. do 3. dnia cyklu.</p> <p><b>1.2.2. Leczenie konsolidujące</b></p> <p>U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 2 do 4 cykli leczenia konsolidującego:</p> <p>Gemtuzumab ozogamycyny – dawka 3 mg/m<sup>2</sup> pc./dawkę (maksymalnie 1 fiołka 5 mg) podawana w 1. dniu cyklu (maksymalnie do dwóch cykli).</p> <p>Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m<sup>2</sup> (500-1000 mg/m<sup>2</sup>, jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu.</p> <p><b>1.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</b></p> <p>Wenetoklaks – podawany doustnie według poniższego schematu dawkowania:</p> <p>Dzień 1: 100 mg/dobę;</p> <p>Dzień 2: 200 mg/dobę;</p> <p>Dzień 3 i kolejne: 400 mg/dobę.</p>	<p><b>1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia podtrzymującego doustną azacytydyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>badanie potwierdzające remisję choroby – biopsja aspiracyjna szpiku (badanie powinno być wykonane w ciągu nie więcej niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia w przypadku terapii</b></p> <p><b>2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim, jeżeli był podany) cyklu indukującym;</li> <li>morfologia krwi z rozmazem – co najmniej 2 razy w tygodniu w trakcie terapii indukującej, raz na tydzień w trakcie terapii konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi;</li> <li>raz w tygodniu w trakcie terapii indukującej i konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi: <ol style="list-style-type: none"> <li>biochemia: kreatynina, stężenie sodu, stężenie potasu, stężenie wapnia, glukoza, bilirubina, AST, ALT,</li> </ol> </li> </ol>
--	---	---

<p>b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących),</li> <li>– wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa <math>\leq 50\%</math> lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa,</li> <li>– zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO <math>\leq 65\%</math> lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 <math>\leq 65\%</math>,</li> <li>– klirens kreatyniny <math>\geq 30</math> ml/min do <math>&lt;45</math> ml/min,</li> <li>– umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny <math>&gt;1,5</math> do <math>\leq 3</math> ULN,</li> <li>– jakiegokolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii dające w skali indeksu chorób współistniejących (HCT-CI) <math>\geq 3</math> punktów lub w skali oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL) <math>&lt;6</math> punktów.</li> </ul> <p><b>1.2.4. azacytydyną doustną w monoterapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) ostra białaczka szpikowa w potwierdzonej pierwszej całkowitej remisji lub potwierdzonej remisji z niepełną regeneracją morfologii krwi po chemioterapii indukującej albo indukującej i konsolidującej;</li> <li>3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych lub brak zgody pacjenta na taką procedurę.</li> </ol> <p><b>1.2.5. gilterytynibem w monoterapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) ostra białaczka szpikowa ze stwierdzoną:</li> </ol>	<p>W trakcie leczenia wenetoklaksem należy stosować profilaktykę zespołu rozpadu guza (TLS – Tumor Lysis Syndrome), zgodnie z opisem zawartym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku jednoczesnego stosowania leków będących silnymi lub umiarkowanymi inhibitorami CYP3A należy zmodyfikować dawkę wenetoklaksu zgodnie z zapisami w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Azacytydyna – dawka 75 mg/m<sup>2</sup> pc. podawana podskórnie lub dożylnie w dniach od 1-7 każdego 28-dniowego cyklu, począwszy od 1. dnia pierwszego cyklu.</p> <p><b>1.4. azacytydyną doustną w monoterapii</b></p> <p>Azacytydyna – zalecana dawka 300 mg podawana doustnie 1 raz na dobę w dniach 1-14 każdego 28-dniowego cyklu.</p> <p>W przypadku nawrotu choroby, gdy odsetek blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym wynosi 5–15%, należy, po wykonaniu oceny klinicznej, rozważyć wydłużenie schematu dawkowania z 14 do 21 dni powtarzającego się 28-dniowego cyklu. Produktu leczniczego nie należy podawać dłużej niż 21 dni w ciągu każdego 28-dniowego cyklu.</p> <p>Azacytydyny doustnej nie należy podawać zamiennie z azacytydyną w formie wstrzyknięć.</p> <p><b>1.5. gilterytynibem w monoterapii</b></p> <p>Gilterytynib – zalecana dawka początkowa 120 mg podawana doustnie raz na dobę.</p>	<p>b) koagulogram: APTT, PT;</p> <p>4) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) EKG.</li> </ol> <p><b>2.2. gentuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z morfologią krwi z rozmazem i oceną odpowiedzi na leczenie po każdym leczeniu indukującym i konsolidującym;</li> <li>2) pomiędzy 10. a 14. dobą od podania ostatniej dawki gentuzumabu ozogamycyny w cyklu indukującym i konsolidującym lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta:</li> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) biochemia: bilirubina, AST, ALT,</li> <li>b) koagulogram: APTT, PT lub INR;</li> </ol> <li>3) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta:</li> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) EKG.</li> </ol> </ol> <p><b>2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 1 cyklu lub po 2 cyklach, a następnie co 2 kolejne cykle aż do uzyskania całkowitej remisji. Po uzyskaniu całkowitej remisji kontrola hematologiczna zgodnie ze schematem monitorowania</li> </ol>
---	---	--

<p>a) opornością na leczenie (brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną po co najmniej jednym cyklu terapii indukującej), lub</p> <p>b) nawrotem po leczeniu ostrej białaczki szpikowej - wymagane potwierdzenie w nawrocie obecności mutacji <i>FLT3</i>, tj. <i>FLT3-ITD</i>, <i>FLT3-TKD/D835</i> lub <i>FLT3-TKD/I836</i> z materiału ze szpiku kostnego lub krwi lub ogniska pozaszpikowego.</p> <p>W przypadku oporności choroby nie ma konieczności powtarzania badania mutacji <i>FLT3</i>.</p> <p><b>1.3.</b> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <p><b>2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie indukujące – to maksymalnie dwa cykle 28-dniowe (jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego w połączeniu z midostauryną);</li> <li>2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach</li> </ol>	<p>W przypadku braku odpowiedzi (pacjent nie osiągnął CRc – złożonej całkowitej remisji) po 4 tygodniach leczenia można zwiększyć dawkę do 200 mg raz na dobę, jeżeli leczenie jest tolerowane lub uzasadnione klinicznie.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>leczenia, a kolejna biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia progresji;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz przez okres dostosowania dawki:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność LDH;</li> </ol> </li> <li>3) po okresie dostosowywania dawki, przed każdym cyklem:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) biochemia: kreatynina, stężenie potasu, AST i ALT.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>2.4. azacytydyną doustną w monoterapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia nawrotu/progresji choroby lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem – co drugi tydzień przez pierwsze 2 cykle leczenia (56 dni), a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia.</li> </ol> <p>W przypadku modyfikacji dawki leku konieczne dodatkowe monitorowanie morfologii co drugi tydzień przez następne 2 cykle leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi.</p>
---	--	---

indukujących, kontynuacja leczenia w postaci leczenia konsolidującego – od 3 do 4 cykli leczenia po 28 dni każdy.

U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie midostauryną należy przerwać 48 godzin przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT.

### **2.2. *gentuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną***

1) leczenie indukujące – to jeden cykl leczenia indukującego z zastosowaniem gentuzumabu ozogamycyny; jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego, ale bez gentuzumabu ozogamycyny;

2) po osiągnięciu całkowitej remisji choroby (zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet) po leczeniu indukującym, kontynuacja w postaci leczenia konsolidującego od 2 do 4 cykli leczenia (w tym do 2 cykli z gentuzumabem ozogamycyny), u chorych z potwierdzonymi cytogenetycznie korzystnymi lub pośrednimi czynnikami rokowniczymi.

Do rozważenia pominięcie gentuzumabu w cyklu/cyklach konsolidujących celem zmniejszenia ryzyka choroby wenookluzyjnej wątroby (VOD), jeśli planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.

### **2.3. *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną***

1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

### **2.4. *gilterytynibem w monoterapii***

1) leczenie powinno być prowadzone do czasu, kiedy pacjent odnosi korzyści kliniczne z leczenia gilterytynibem lub do momentu wystąpienia

### **2.5. *gilterytynibem w monoterapii***

1) biopsja aspiracyjna szpiku lub trepanobiopsja szpiku w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej w pierwszym tygodniu 2. miesiąca, a następnie po 6 miesiącach leczenia;

2) w 3. tygodniu podawania leku, a następnie raz w miesiącu:

a) morfologia krwi z rozmazem,

b) biochemia: kreatynina, stężenie potasu, bilirubina, AST, ALT, stężenie magnezu, kinaza fosfokreatynowa, fosfataza alkaliczna (ALP);

3) w 2. i 3. tygodniu po rozpoczęciu leczenia oraz przed rozpoczęciem lub w pierwszym tygodniu każdego z trzech kolejnych miesięcy leczenia:

a) EKG.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

### **3. Monitorowanie programu**

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na

nieakceptowalnej toksyczności. Odpowiedź na leczenie może być opóźniona, dlatego należy rozważyć kontynuowanie stosowania zalecanej dawki do 6 miesięcy, aby zapewnić czas na odpowiedź kliniczną (bez progresji choroby).

U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie gilterytynibem należy przerwać na jeden tydzień przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT.

Kontynuacja leczenia gilterytynibem (tzw. terapia podtrzymująca) u pacjentów po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) nie jest możliwa w ramach programu lekowego.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności terapii definiowany jako:
  - a) brak uzyskania całkowitej remisji choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po maksymalnie dwóch cyklach leczenia indukującego (brak skuteczności terapii) albo progresja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet w trakcie stosowania terapii konsolidującej – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* albo *gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*,
  - b) progresja choroby w trakcie leczenia – w przypadku terapii *wenetoklaxem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *gilterytynibem w monoterapii* (pomimo zwiększenia dawki gilterytynibu);
  - c) progresja choroby w trakcie leczenia (tj. ponad 15% blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym) – w przypadku terapii *azacytydyną doustną w monoterapii*;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;

żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
  - a) całkowita odpowiedź (CR),
  - b) częściowa odpowiedź (PR),
  - c) choroba stabilna (SD),
  - d) brak odpowiedzi (NR),
  - e) progresja choroby (PD),
  - f) przeżycie bez progresji choroby (PFS),
  - g) przeżycie całkowite (OS);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

<p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>5) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;</p> <p>7) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) – w przypadku terapii <i>midostauryną</i> w skojarzeniu z <i>daunorubicyną</i> i <i>cytarabiną</i> lub <i>gilterytynibem</i> w monoterapii.</p>		
--	--	--

Załącznik B.115.

## LECZENIE AGRESYWNEJ MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ, MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ Z WSPÓLISTNIEJĄCYM NOWOTWOREM UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO ORAZ BIAŁACZKI MASTOCYTARNEJ (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. <i>aggressive systemic mastocytosis</i> – ASM), mastocytoza układowa z 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 nacieku komórkami tucznyymi:</p> <p>a) neutropenia <math>&lt;1 \times 10^9/L</math> i/lub niedokrwistość <math>&lt;10</math> g/dL i/lub małopłytkowość <math>&lt;100 \times 10^9/L</math>;</p> <p>b) powiększona wątroba z wodobrzuszem i/lub zwiększonym stężeniem transaminaz i/lub nadciśnieniem wrotnym;</p> <p>c) splenomegalia z hipersplenizmem;</p> <p>d) zaburzenia wchłaniania z hipoalbuminemią i utratą wagi ciała;</p> <p>e) nasilona osteoliza i/lub osteoporoza i/lub patologiczne złamania kości;</p> <p>3) wiek <math>\geq 18</math> lat;</p> <p>4) stan ogólny ECOG 0-2;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka midostauryny wynosi 100 mg doustnie dwa razy na dobę.</p> <p>Midostaurynę podaje się w 28-dniowych cyklach.</p> <p>Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) ocena stanu ogólnego (ECOG);</p> <p>2) badania laboratoryjne:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;</p> <p>c) APTT, PT, fibrynogen;</p> <p>d) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>3) EKG (ECHO serca w przypadku wywiadu kardiologicznego i/lub zmian w EKG);</p> <p>4) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę;</p> <p>5) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem immunofenotypowym w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117);</p> <p>6) badanie molekularne w kierunku obecności transkryptu (obecność mutacji D816V) w genie KIT;</p> <p>7) ocena stężenia tryptazy w surowicy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) Przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym</p>



<p>5) brak przeciwwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni midostauryną w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Kryteria wykluczające udział w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciężka niewydolność wątroby;</li><li>2) objawowa zastoinowa niewydolność serca;</li><li>3) czynne, ciężkie zakażenie;</li><li>4) ciąża lub karmienie piersią;</li><li>5) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</li></ol> <p><b>3. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciąża lub karmienie piersią;</li><li>2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;</li><li>3) progresja choroby w trakcie leczenia wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;</li><li>4) pojawienie się objawów toksyczności lub nadwrażliwości na terapię, które wymagają całkowitego jej zaprzestania i nie pozwalają na modyfikację dawki / czasowe wstrzymanie terapii (w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego);</li><li>5) rezygnacja pacjenta.</li></ol>		<p>roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>b) biochemia: kreatynina, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;</li><li>c) APTT, PT;</li><li>d) badanie EKG – w uzasadnionych przypadkach.</li></ol> <p>2) W przypadku MCL, po pierwszym cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy;</li><li>b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, następnie co miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy, a następnie co 3 miesiące.</li></ol> <p>3) W przypadku ASM i SM-AHN, po trzecim cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy;</li><li>b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, a następnie co 3 miesiące.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na</li></ol>
--	--	--

<p><b>4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie</b></p> <p>Terapię należy kontynuować w cyklach 28-dniowych tak długo, jak długo obserwuje się korzyści kliniczne leczenia i/lub nie zachodzą kryteria z pkt. 3.</p>		<p>zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

Załącznik B.117.

**LECZENIE RAKA Z KOMÓREK MERKLA AWELUMABEM (ICD-10 C44)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla;</li> <li>2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;</li> <li>3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anty-PD-1 lub anty-PD-L1 z powodu choroby przerzutowej raka z komórek Merkla;</li> <li>4) dla pierwszej linii – brak wcześniejszego leczenia systemowego lub dla drugiej i kolejnych linii – progresja po wcześniejszym leczeniu systemowym raka z komórek Merkla;</li> <li>5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;</li> <li>6) wiek <math>\geq</math> 18 lat;</li> <li>7) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;</li> <li>8) brak przerzutów w OUN lub cech progresji przerzutów z OUN u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia) oraz brak istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka awelumabu w monoterapii to 800 mg podawana dożylnie przez 60 minut co 2 tygodnie.</p> <p>Modyfikację dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla;</li> <li>2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI;</li> <li>3) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów);</li> <li>4) badanie przedmiotowe;</li> <li>5) ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>6) elektrokardiogram (EKG);</li> <li>7) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>8) badania laboratoryjne:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,</li> <li>b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,</li> </ol> </li> </ol>

- 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych lub niedoborów immunologicznych, które wymagały leczenia immunosupresyjnego;
- 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem terapii awelumabem;
- 11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C;
- 12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach:
- 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) Progresja choroby z wyjątkiem pacjentów, u których wystąpi radiologiczna progresja choroby niezwiązana z ciężkim pogorszeniem stanu klinicznego, definiowanym jako wystąpienie nowych objawów lub pogorszenie obecnie występujących, u których nie obserwuje się zmiany w stopniu sprawności przez okres dłuższy niż dwa tygodnie i u których nie ma konieczności zastosowania leczenia ratującego życie;
- 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;
- 3) Działania niepożądane związane z leczeniem prowadzące do przerwania leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Załącznik B.118.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA CUSHINGA (ICD-10: E24.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) dorośli chorzy w wieku co najmniej 18 lat;</p> <p>2) choroba Cushinga potwierdzona klinicznie i biochemicznie u pacjentów, u których wykonanie zabiegu operacyjnego guza przysadki nie jest możliwe lub zakończyło się niepowodzeniem;</p> <p>3) choroba Cushinga spełniająca w momencie kwalifikacji poniższe kryteria:</p> <p>a) podwyższone wydalanie wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu lub późnowieczorne stężenie kortyzolu w ślinie lub surowicy powyżej wartości referencyjnej,</p> <p>b) podwyższone lub niezahamowane stężenie ACTH w osoczu.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni pasyreotydem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa w leczeniu choroby Cushinga wynosi 10 mg pasyreotydu.</p> <p>Dawkę można stopniowo dostosować co 2 do 4 miesięcy, w zależności od odpowiedzi na leczenie i tolerancji. Maksymalna dawka produktu leczniczego Signifor w chorobie Cushinga wynosi 40 mg co 4 tygodnie.</p> <p>Kryteria, sposób modyfikacji dawkowania, sposób podania oraz środki ostrożności określone są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe – występowanie typowych objawów hiperkortyzolemii;</p> <p>2) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu;</p> <p>3) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu;</p> <p>4) ocena wyrównania czynności tarczycy;</p> <p>5) rezonans magnetyczny układu podwzgórzowo-przysadkowego nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację do leczenia pasyreotydem;</p> <p>6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy <math>\geq 1</math> cm);</p> <p>7) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, kreatyniny i GFR;</p> <p>8) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>9) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);</p>

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

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) zespół Cushinga w wyniku ektopowego wydzielania ACTH;
- 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;
- 3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 3.1. *Schematu dawkowania*;
- 4) objawowa kamica żółciowa;
- 5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg. skali Child-Pugh);
- 6) żółtaczką lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górną granicę normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;
- 7) niewyrównana niedoczynność tarczycy;
- 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako: stężenie wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu nie przekraczające górnej granicy normy laboratoryjnej lub zmniejszenie stężenia wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu o co najmniej 50% względem wartości wyjściowej - po co najmniej 6 miesiącach leczenia pasyweotydem w najwyższej tolerowanej dawce;

10) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

### 2. Monitorowanie leczenia

Należy ocenić korzyści kliniczne u pacjenta po pierwszym miesiącu leczenia, a następnie oceniać je okresowo.

- 1) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);
- 2) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu i kortyzolu w surowicy krwi (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);
- 3) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego układu podwzgórzowo-przysadkowego. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie to należy wykonywać co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w przypadku pojawienia się nowych ubytków w polu widzenia lub innych wskazań klinicznych;
- 4) oznaczanie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo lub samokontrola stężenia glukozy z zastosowaniem glukometru – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4 tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 miesiącach od zakończenia leczenia;

<p>9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>10) ciąża lub karmienia piersią;</p> <p>11) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody pacjenta na leczenie.</p>		<p>5) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia pasyreotydem;</p> <p>6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>7) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstotnością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;</p> <p>8) oznaczenie poziomu sodu i potasu według wskazań klinicznych;</p> <p>9) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;</p> <p>10) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;</p> <p>11) ocena wyrównania czynności tarczycy co 6 miesięcy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej</p>
--	--	---



		<p>przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

Załącznik B.119.

**LECZENIE PACJENTÓW ZE ZRÓŻNICOWANYM RAKIEM TARCZYCY (ICD-10 C 73)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowego, pęcherzykowego lub onkocytarnego;</li> <li>2) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>3) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy (udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytującej jodu lub progresji pomimo wychwytu jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii;</li> <li>4) progresją choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu;</li> <li>5) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;</li> <li>6) zmiany nowotworowe możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych według klasyfikacji RECIST;</li> <li>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg bez przerw.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowego, pęcherzykowego lub onkocytarnego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia w surowicy: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) bilirubiny,</li> <li>b) kreatyniny;</li> </ol> </li> <li>5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT) oraz fosfatazy alkalicznej;</li> <li>6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>7) scyntygrafia kości;</li> <li>8) MR jamy brzusznej i miednicy;</li> <li>9) RTG lub TK klatki piersiowej;</li> <li>10) elektrokardiogram (EKG);</li> <li>11) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> <li>12) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p>

<p>przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</p> <p>8) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;</p> <p>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>11) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;</p>		<p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>a) bilirubiny,</p> <p>b) kreatyniny,</p> <p>c) transaminaz (AspAT, AIAT),</p> <p>d) wapnia,</p> <p>3) TSH;</p> <p>4) elektrokardiogram.</p> <p>Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się:</p> <p>1) przez pierwsze dwa miesiące terapii- co 2 tygodnie;</p> <p>2) od 3 do 6 miesiąca terapii – co miesiąc;</p> <p>3) od 7 do 12 miesiąca terapii – co 3 miesiące;</p> <p>4) po 12 miesiącu terapii- co 4 miesiące.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny odpowiedniego obszaru ciała;</p> <p>2) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <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>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być</p>
---	--	---

<p>2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;</p> <p>3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;</p> <p>4) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg ECOG;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p>		<p>wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia określa się dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,</li><li>– stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),</li><li>– całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).</li></ul> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	--

Załącznik B.121.

**LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA (ICD-10: G73.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona (LEMS), u których przeprowadzono komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie. Rozpoznanie LEMS potwierdza dodatni wynik przeciwciała przeciwko VGCC lub wykazanie cech LEMS w elektrostymulacyjnej próbie męczliwości pod postacią znamiennego torowania.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>1.1. Zalecana dawka początkowa wynosi 15 mg na dobę podawana doustnie. Następnie dawkę można zwiększać o 5 mg co 4-5 dni do maksymalnej dawki: 60 mg na dobę. Dawka pojedyncza nie powinna być większa niż 20 mg.</p> <p>1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek lub wątroby:</p> <p>a) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności nerek lub wątroby – zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg na dobę;</p> <p>b) łagodne zaburzenia czynności nerek lub wątroby – 10 mg na dobę (5 mg dwa razy na dobę).</p> <p>Tempo zwiększania dawki powinno być wolniejsze niż u pacjentów z prawidłową czynnością nerek i wątroby – o 5 mg co 7 dni.</p> <p>1.3. W wyjątkowych okolicznościach dopuszcza się stosowanie maksymalnej dawki 80 mg na dobę. Zwiększanie dawki z 60 mg do 80 mg na dobę powinno następować o 5 mg co 7 dni.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) AIAT;</li> <li>3) AspAT;</li> <li>4) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny);</li> <li>5) USG lub TK jamy brzusznej;</li> <li>6) oznaczenie przeciwciał anti-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);</li> <li>7) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);</li> <li>8) konsultacja ginekologiczna u kobiet;</li> <li>9) badanie EKG;</li> <li>10) oznaczenie stężenia kreatyniny.</li> </ol> <p>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu.</p> <p><b>1.2. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata:</b></p>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciąża i karmienie piersią;</li><li>2) nadwrażliwość na fosforan amifamprydyny lub inny składnik preparatu;</li><li>3) brak skuteczności leczenia definiowany jako brak złagodzenia objawów klinicznych przy podawaniu prawidłowej dawki amifamprydyny (ocena kliniczna);</li><li>4) padaczka;</li><li>5) niewyrównana astma oskrzelowa;</li><li>6) jednoczesne stosowanie sultoprydu;</li><li>7) jednoczesne stosowanie produktów terapeutycznych o wąskim indeksie terapeutycznym lub o których wiadomo, że mogą wydłużać odstęp QT;</li><li>8) występowanie wrodzonego zespołu QT.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) AIAT;</li><li>3) AspAT;</li><li>4) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);</li><li>5) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);</li><li>6) badanie EKG;</li><li>7) oznaczenie stężenia kreatyniny.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia– po 3 miesiącach terapii a następnie raz na 6 miesięcy</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>3) AIAT;</li><li>4) AspAT;</li><li>5) badanie EKG;</li><li>6) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li></ol>
---	--	--

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

Załącznik B.122.

## LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU (ICD-10: D 84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich- Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznany dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE) typu I lub typu II;</li> <li>2) wiek od 12 roku życia;</li> <li>3) udokumentowane, częste występowanie ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego - minimum 12 ataków (brzuch, krtań, gardło) z udokumentowanym użyciem leku ratunkowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.</li> </ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci powyżej 12 roku życia, którzy byli leczeni skutecznie lanadelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod</p>	<p><b>1. Dawkowanie lanadelumabu</b></p> <p>Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie.</p> <p>U pacjentów z dobrą kontrolą choroby (brak objawów HAE prze więcej niż 6 miesięcy), w szczególności u tych z małą masą ciała, należy rozważyć redukcję dawki do 300 mg co 4 tygodnie.</p> <p>W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Do tego czasu Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie inhibitora C1 esterazy we krwi (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);</li> <li>2) aktywność inhibitora C1 esterazy we krwi – badanie wymagane gdy stężenie inhibitora C1 jest prawidłowe (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);</li> <li>3) stężenie składowej C4 dopełniacza (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);</li> <li>4) stężenie składowej C1q dopełniacza - badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni). Dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił powyżej 40 roku życia;</li> <li>5) morfologia krwi;</li> <li>6) badanie ogólne moczu;</li> <li>7) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);</li> <li>8) oznaczenie INR;</li> <li>9) oznaczenie poziomu:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</li> <li>b) aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li> </ol> </li> </ol>



<p>warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Kryterium wyłączenia z leczenia lanadelumabem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciąża lub karmienie piersią - lekarz prowadzący w porozumieniu z Zespołem Koordynacyjnym może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia w przypadkach gdy przerwanie leczenia będzie nieść ze sobą wyższe ryzyko działań niekorzystnych, niż kontynuacja leczenia;</li><li>2) podczas 6 miesięcznej terapii średnia miesięczna występowania zagrażających życiu ataków nie zmniejszyła się o co najmniej 50% w stosunku do średniej częstości ataków w półrocznym okresie poprzedzającym leczenie;</li><li>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lanadelumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</li></ol> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią.</p>	<p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię HAE danego pacjenta.</p>	<p>c) bilirubiny całkowitej;</p> <p>10) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>Wyniki badań przedstawione w punktach 1, 2, 3 i 4 mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia</b></p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny, na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie elektronicznym karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi;</li><li>2) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);</li><li>3) aminotransferazy AspAT i ALAT, bilirubina całkowita;</li><li>4) oznaczenie INR;</li><li>5) ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego.</li></ol> <p>Badania wykonuje się co 6 miesięcy.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) częstość występowania ataków oraz ich ciężkość i lokalizację,</li><li>b) konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego.</li></ol> <p>Dane gromadzone są w systemie elektronicznym i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który</p>
--	--	--

		<p>podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ - w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 2 (częstość występowania ataków wraz z ich lokalizacją, konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	--

Załącznik B.123.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA WILSONA (ICD-10: E83.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie choroby Wilsona;</li> <li>2) wiek <math>\geq 5</math> lat;</li> <li>3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i> i <i>siarczanem cynku</i>;</li> <li>4) w postaci wątrobowej lub mieszanej z cechami istotnego uszkodzenia wątroby (hepato i/lub splenomegalia i/lub wydłużenie INR i/lub znaczny wzrost ALT i /lub cholestaza) stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i>.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Trientynę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie fizykalne;</li> <li>2) badanie neurologiczne (ocena stanu w skali UWDRS II i III, jeżeli obecne są zaburzenia neurologiczne);</li> <li>3) badanie oka w lampie szczelinowej w celu stwierdzenia obecności pierścienia Kaysera-Fleischera;</li> <li>4) badanie ogólne moczu;</li> <li>5) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li> <li>6) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem;</li> <li>7) czas protrombinowy (PT);</li> <li>8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);</li> <li>9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT));</li> <li>10) bilirubina całkowita i bezpośrednia;</li> <li>11) USG wątroby;</li> <li>12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kaysera-Fleischera.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Badania przeprowadzane w pierwszym roku co 3 miesiące (w przypadku wskazań klinicznych monitorowanie może odbywać się częściej), w następnych latach co pół roku:</p>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek z substancji pomocniczych;</li><li>2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;</li><li>3) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;</li><li>4) ciąża – z wyłączeniem przypadków, gdy korzyści związane z leczeniem przeważają nad ryzykiem dla pacjentki oraz płodu;</li><li>5) karmienie piersią;</li><li>6) brak skuteczności leczenia, w tym brak poprawy neurologicznej, definiowany jako utrzymanie stanu w skali UWDRS po 6 – 12 miesiącach leczenia lub brak istotnej poprawy parametrów uszkodzenia wątroby po 6-12 miesiącach leczenia;</li><li>7) poprawa kliniczna utrzymująca się przez co najmniej 6 miesięcy (w zakresie neurologicznym w skali UWDRS lub ustąpienie innych niż neurologiczne objawów choroby wraz z istotną poprawą parametrów definiujących czynność wątroby) powinna być podstawą do ponownej próby włączenia leczenia standardowego - brak ponownej próby włączenia leczenia standardowego wymaga uzasadnienia w historii choroby.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie fizykalne;</li><li>2) badanie neurologiczne;</li><li>3) badanie ogólne moczu;</li><li>4) morfologia;</li><li>5) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem;</li><li>6) czas protrombinowy (PT);</li><li>7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);</li><li>8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);</li><li>9) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li><li>10) bilirubina całkowita i bezpośrednia;</li><li>11) USG wątroby.</li></ol> <p>Badania przeprowadzone raz w roku:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie pierścienia Kaysera Fleischera w lampie szczelinowej.</li></ol> <p>Ponadto w ramach monitorowania wykonuje się badanie MRI głowy w przypadku pogorszenia neurologicznego oraz przed zakończeniem leczenia.</p> <p>W szczególnych przypadkach np. chorób nerek, małych dzieci czy obawy o niestosowanie się pacjenta do zaleceń monitorowanie pacjenta może odbywać się z większą częstotliwością, a terminy wykonania badań laboratoryjnych należy dostosowywać do potrzeby.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie</li></ol>
---	--	--

		<p>monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

Załącznik B.124.

**LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY (ICD-10: L20)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <p>1) wieku</p> <p>a) wiek 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii dupilumabem, lub</p> <p>b) wiek 12 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii upadacytynibem, lub</p> <p>c) wiek 18 lat i powyżej- w przypadku kwalifikacji do terapii baricytynibem;</p> <p>2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (EASI<math>\geq</math>20) u pacjentów, którzy stosują miejscowo emolienty i kortykosteroidy, u których leczenie ogólne lub fototerapia nie były skuteczne oraz w przypadku osób powyżej 12 r.ż. spełniają jedno z poniższych kryteriów:</p> <p>a) u osób pomiędzy 12 a 18 r.ż.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– niepowodzenie immunosupresyjnej terapii ogólnej albo</li> <li>– przeciwwskazania do stosowania immunosupresyjnej terapii ogólnej, które uniemożliwiają jej zastosowanie, albo</li> <li>– wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie immunosupresyjnej terapii ogólnej,</li> </ul>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>1) <b>dupilumab</b> należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>2) <b>upadacytynib</b> i <b>baricytynib</b> należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) badania biochemiczne:</p> <p>a) stężenie kreatyniny,</p> <p>b) stężenie mocznika,</p> <p>c) odczyn Biernackiego (OB) lub stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</p> <p>d) stężenie aminotransferazy alaninowej AIAT,</p> <p>e) stężenie aminotransferazy asparaginianowej AspAT,</p> <p>f) lipidogram w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub baricytynibem;</p> <p>3) badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub baricytynibem:</p> <p>a) obecność antygenu HBs,</p> <p>b) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą</p>

<p>b) u osób w wieku 18 lat i powyżej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niepowodzenie leczenia cyklosporyną,</li> <li>albo</li> <li>- przeciwwskazania do stosowania cyklosporyny, które uniemożliwiają jej zastosowanie,</li> <li>albo</li> <li>- wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia cyklosporyną;</li> </ul> <p>3) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego substancji czynnej, którą odbywa się leczenie.</p> <p>Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie dupilumabem, upadacytynibem lub baricytynibem w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.</p> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym;</li> <li>2) aktywne zakażenie pasożytnicze lub infekcja, która w opinii lekarza jest przeciwwskazaniem do terapii dupilumabem;</li> <li>3) ciąża lub laktacja.</li> </ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>Lekarz prowadzący może w każdym momencie czasowym przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną.</p>		<p>ilością,</p> <p>c) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) badanie ogólne moczu;</li> <li>5) RTG klatki piersiowej z opisem, maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);</li> <li>6) EKG z opisem w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia dupilumabem (pacjenci w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);</li> <li>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub baricytynibem;</li> <li>8) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li> <li>9) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI;</li> <li>10) ocena jakości życia wg DLQI u osób <math>\geq 18</math> r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI;</li> <li>11) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Badania po 16 tygodniach (+/- 14dni), a następnie co 3 miesiące (+/- 14 dni):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) badania biochemiczne:</li> </ol>
---	--	--

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po 16 tygodniach leczenia substancją czynną ujętą w programie lekowym rozumiany jako spełniający łącznie następujące kryteria:
  - a) nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI),  
oraz
  - b) nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI/CDLQI o minimum 4-punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji,  
oraz
  - c) w przypadku leczenia dupilumabem osób w wieku od 6 do 11 lat brak kwalifikacji do zwiększenia dawki;
- 2) w przypadku osób w wieku od 6 do 11, u których zwiększono dawkę, brak odpowiedzi ocenianej po maksymalnie 52 tyg. leczenia dupilumabem rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI);
- 3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną;
- 4) ciąża lub laktacja;
- 5) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;
- 6) rezygnacja pacjenta;
- 7) spełnienie 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 kryteriami określonymi w punkcie 3.

- a) stężenie kreatyniny,
  - b) stężenie mocznika;
  - c) odczyn Biernackiego (OB) lub stężenie białka C-reaktywnego (CRP),
  - d) stężenie AIAT,
  - e) stężenie AspAT,
  - f) lipidogram w przypadku monitorowania leczenia upadacytynibem lub baricytynibem;
- 3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
  - 4) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI;
  - 5) ocena jakości życia wg DLQI u osób  $\geq 18$  r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI;
  - 6) ocena skuteczności zastosowanej terapii.

#### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;



<p><b>5. Ponowne włączenie do programu</b></p> <p>1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej ujętej w programie lekowym i zastosowanej zgodnie z treścią programu z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta;</p> <p>2) do programu mogą zostać włączane, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu z powodu ciąży lub laktacji, które w momencie wyłączenia nie spełniały innych kryteriów wyłączenia z programu. Pacjentki te w momencie ponownego włączania do programu nie mogą spełniać żadnego z kryteriów wyłączenia.</p>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</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><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></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 <math>\geq 18</math> 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><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym nieresekcyjnym;</li> <li>2) badanie przedmiotowe;</li> <li>3) ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>9) oznaczenie TSH i FT4;</li> <li>10) test ciąży z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</li> <li>11) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);</li> <li>12) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1;</li> </ol>

<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/<math>\mu</math>l</p> <p>c) liczba płytek krwi co najmniej 75000/<math>\mu</math>l;</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><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) 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><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenia stężenia kreatyniny;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>6) oznaczenie 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><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p><b>3.1. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym (nieresekcyjnym) rakiem kolczystokomórkowym skóry:</b></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><b>1. Kryteria kwalifikacji (łącznie)</b></p> <p>1) rozpoznanie autosomalnie dominującej postaci zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ADPKD) na podstawie badania w rezonansie magnetycznym lub na podstawie badania USG (kryteria Pei-Ravine);</p> <p>2) wiek <math>\geq 18</math>. roku życia;</p> <p>3) szybka progresja choroby definiowana jako:</p> <p style="margin-left: 20px;">a) zmniejszenie eGFR <math>\geq 5</math> ml/min na rok oraz eGFR 30- 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>,</p> <p style="margin-left: 20px;">lub</p> <p style="margin-left: 20px;">b) zmniejszenie eGFR <math>\geq 2,5</math> ml/min na rok w okresie 5 lat oraz eGFR 30- 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>,</p> <p style="margin-left: 20px;">lub</p> <p style="margin-left: 20px;">c) wzrost całkowitej objętości nerek TKV <math>&gt; 5\%</math> na rok w badaniu rezonansem magnetycznym lub całkowita objętość jednej z nerek TKV <math>&gt; 750</math> ml w badaniu rezonansem magnetycznym lub długość większej nerki <math>&gt; 16,5</math> cm w badaniu USG.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) eGFR;</p> <p>2) całkowita objętość nerek określona na podstawie rezonansu magnetycznego lub długość nerek określona na podstawie USG;</p> <p>3) stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>4) aktywność AIAT, AspAT;</p> <p>5) stężenie elektrolitów w surowicy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AIAT, AspAT;</p> <p>2) co najmniej co 3 miesiące – stężenie sodu i potasu w surowicy, stężenie kreatyniny i eGFR;</p> <p>3) raz na 3 lata – objętość nerek oceniona w rezonansie magnetycznym, jeżeli nie występują przeciwwskazania do tego badania;</p> <p>4) raz na 3 lata – ultrasonograficzna ocena wymiarów nerek.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p>

<p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub na benzodiazepinę lub pochodne benzodiazepiny;</li><li>2) zwiększona aktywność enzymów wątrobowych lub przedmiotowe lub podmiotowe objawy uszkodzenia wątroby, które spełniają kryteria przerwania na stałe leczenia tolwaptanem określone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li><li>3) uzyskanie eGFR&lt;15ml;</li><li>4) zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej pod postacią objawowego niedociśnienia tętniczego lub ciężkiego odwodnienia;</li><li>5) hipernatremia;</li><li>6) brak prawidłowego odczucia pragnienia lub brak adekwatnej reakcji na pragnienie, określonej na podstawie badania podmiotowego;</li><li>7) ciąża lub karmienie piersią.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).</li><li>2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</li><li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	--	--

Załącznik B.127.

**LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA CIĘŻKĄ ANEMIEJĄ APLASTYCZNĄ (ICD-10: D61)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) rozpoznanie nabytej ciężkiej postaci niedokrwistości aplastycznej;</li> <li>3) oporność na wcześniejsze leczenie immunosupresyjne lub przebyte wcześniejsze intensywne leczenie i brak kwalifikacji do transplantacji krwiotwórczych komórek macierzystych;</li> <li>4) liczba płytek krwi <math>\leq 30\ 000/\mu\text{l}</math>;</li> <li>5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni eltrombopagiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w pkt. 3.</p>	<p><b>1. Dawkowanie eltrombopagu</b></p> <p>Leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki 50 mg raz na dobę. U pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki wynoszącej 25 mg raz na dobę.</p> <p>Osiągnięcie odpowiedzi hematologicznej wymaga stopniowego zwiększania dawki, na ogół do wysokości 150 mg, co może zająć do 16 tygodni od rozpoczęcia leczenia eltrombopagiem. Dawkę należy dostosowywać, w razie konieczności zwiększając ją o 50 mg co 2 tygodnie, aby uzyskać liczbę płytek krwi <math>\geq 50\ 000/\mu\text{l}</math>. U pacjentów przyjmujących dawkę 25 mg raz na dobę, przed rozpoczęciem zwiększania dawki o 50 mg, należy zwiększyć dawkę do 50 mg na dobę. Nie należy przekraczać dawki 150 mg na dobę. Należy regularnie monitorować parametry hematologiczne i czynność wątroby przez cały czas trwania leczenia eltrombopagiem i modyfikować dawkowanie eltrombopagu w zależności od liczby płytek krwi, zgodnie z zapisami zawartymi w aktualnej na dzień</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita);</li> <li>3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością, w szczególności MDS;</li> <li>4) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem cytogenetycznym oraz trepanobiopsja;</li> <li>5) badanie okulistyczne;</li> <li>6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita). W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji,</li> <li>b) morfologia krwi z rozmazem;</li> </ol> </li> <li>2) badania przeprowadzane po ustaleniu stabilnej dawki: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wykonywane co 1 miesiąc;</li> </ol> </li> </ol>



<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>2) brak odpowiedzi hematologicznej po 16 tygodniach leczenia;</li> <li>3) wystąpienie nieprawidłowości cytogenetycznych stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia eltrombopagiem;</li> <li>4) wystąpienie nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii;</li> <li>5) Zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh <math>\geq 5</math>;</li> <li>6) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (<math>\geq 3 \times</math> GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem <math>\geq 3 \times</math> wartość wyjściowa lub <math>&gt; 5 \times</math> GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) będzie narastać</li> <li>albo</li> <li>b) będzie utrzymywać się <math>\geq 4</math> tygodni,</li> <li>albo</li> <li>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośrednio,</li> <li>albo</li> <li>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby;</li> </ol> </li> <li>7) ciąża;</li> <li>8) karmienie piersią.</li> </ol>	<p>wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>U pacjentów, którzy uzyskają odpowiedź trójliniową, w tym niezależnie od transfuzji, trwającą przynajmniej 8 tygodni: dawkę eltrombopagu można zmniejszyć o 50%. Jeśli liczba komórek nie zmieni się po 8 tygodniach przy zmniejszonej dawce leku, eltrombopag trzeba odstawić i monitorować liczbę komórek krwi (morfologię krwi). Jeśli liczba płytek krwi spadnie do wartości <math>&lt; 30\ 000/\mu\text{l}</math>, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do <math>&lt; 9\ \text{g/dl}</math> lub całkowita liczba neutrofilii wyniesie <math>&lt; 0,5 \times 10^9 /\text{l}</math>, można wznowić leczenie eltrombopagiem we wcześniej stosowanej skutecznej dawce.</p> <p>Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania dla szczególnych grup pacjentów określone są w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>- parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji);</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznymi trepanobiopsja (z oceną włóknienia);</li> </ol> </li> <li>4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- morfologia krwi z rozmazem;</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>5) badanie wykonywane co 3 miesiące:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) okresowa kontrola okulistyczna;</li> </ol> </li> <li>6) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym po 3 miesiącach leczenia, a następnie biopsja aspiracyjna szpiku kostnego zbadaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja po 9 miesiącach od rozpoczęcia leczenia.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych</li> </ol>
---	---	--

		do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

Załącznik B.128.FM.

## LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ PORFIRIĘ WĄTROBOWĄ (AHP) U DOROSŁYCH I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 12 LAT (ICD-10: E80.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <p>1) wiek <math>\geq 12</math> lat;</p> <p>2) udokumentowana diagnoza ostrej porfirii wątrobowej (AIP – ostra porfiria przerywana, HCP – dziedziczna koproporfiria, VP – porfiria mieszana, ADP – porfiria z niedoborem dehydratazy kwasu aminolewulinowego) na podstawie stanu klinicznego, co najmniej 1 udokumentowana wartość porfobilinogenu (PBG) lub delta-kwasu aminolewulinowego (ALA) w moczu lub osoczu <math>\geq 4 \times</math> górna granica normy (GGN) w ciągu ostatniego roku przed kwalifikacją do programu lub w jego trakcie oraz jedno z poniższych:</p> <p>a) udokumentowana obecność genetycznych mutacji w genie związanym z ostrą porfirią wątrobową (AHP), zdefiniowanym jako dowolny z poniższych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– AIP: mutacja w genie <i>HMBS</i>,</li> <li>– HCP: mutacja w genie <i>CPOX</i>,</li> </ul>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Maksymalna dawka giwosyranu sodowego wynosi 2,5 mg/kg m.c. raz na miesiąc we wstrzyknięciu podskórnym wg zasad opisanych w ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badanie przedmiotowe, w tym masa ciała, wzrost, BMI, ECOG, ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca;</p> <p>2) badania laboratoryjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym,</li> <li>b) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, fosforany, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, stężenie jonów chlorkowych, lipaza, amylaza, ferrytyna),</li> <li>c) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia),</li> <li>d) koagulogram: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);</li> </ul> <p>3) badanie ogólne moczu;</p> <p>4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym – oznaczenie beta hCG (gonadotropina kosmówkowa) w moczu lub krwi;</p> <p>5) ALA i PBG w moczu;</p> <p>6) badanie w kierunku HIV: test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygeny p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2, HBV HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego</p>

<p>- VP: mutacja w genie <i>PPOX</i>,</p> <p>- ADP: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych ALAD,</p> <p>b) cechy kliniczne pacjenta oraz diagnostyczne kryteria biochemiczne wskazujące na AHP, nawet jeżeli jeśli wyniki badań genetycznych pacjenta nie wykazały mutacji w genie związanym z porfirią (&lt;5%);</p> <p>3) aktywna choroba, z co najmniej 2 atakami porfirii wymagającymi hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu;</p> <p>4) gotowość do przestrzegania wymogów związanych z kontrolą urodzeń w okresie leczenia.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</b></p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ALT &gt;2×GGN,</li><li>2) bilirubina całkowita (TBL)&gt;1,5×GGN (dla pacjentów z zespołem Gilberta TBL&gt;2xGGN),</li><li>3) INR&gt;1,5 (dla pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe INR&gt;3,5);</li><li>4) eGFR &lt;15ml/min/1,73m<sup>2</sup> przy zastosowaniu wzoru MDRD;</li></ol>		<p>wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA, i HCV (anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku HCV RNA);</p> <p>7) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Raz na miesiąc:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym;</li><li>2) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, lipaza, amylaza, ferrytyna)- badania przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne;</li><li>3) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia)- przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne;</li><li>4) badania krzepliwości krwi: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) - przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne.</li></ol> <p><b>2.2. Raz na 6 miesięcy:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12;</li><li>2) Poziom ALA i PBG w moczu.</li></ol> <p><b>2.3. Raz na rok:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Ocena skuteczności terapii;</li></ol>
--	--	---

- 5) reakcje alergiczne na oligonukleotyd lub GalNAc w wywiadzie;
- 6) nietolerancja iniekcji podskórnych w wywiadzie;
- 7) aktywne zakażenie HIV lub potwierdzone obecne lub przewlekłe zakażenie HCV lub HBV;
- 8) ciąża lub planowanie ciąży w trakcie leczenia;
- 9) karmienie piersią;
- 10) każdy stan który w opinii lekarza sprawiłby, że pacjent mógłby nie przyjąć odpowiedniej dawki lub który mógłby zakłócać zgodność, bezpieczeństwo pacjenta lub udział pacjenta w programie (np. nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, ale także niestabilne zaburzenia sercowo-naczyniowe, neurologiczne, żołądkowo-jelitowe, endokrynologiczne, nerek lub zaburzenia psychiatryczne niezwiązane z porfirią, zidentyfikowane na podstawie nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych lub wywiadu medycznego);
- 11) nawracające zapalenie trzustki lub ostre zapalenie trzustki w wywiadzie z aktywnością choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu;
- 12) wcześniejsze leczenie givosyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni givosyranem sodowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego).

### 3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno trwać do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności lub braku skuteczności terapii.

- a) roczny wskaźnik napadów porfirii (AAR) w postaci napadów wymagających hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych,
- b) liczba dni stosowania heminy rocznie,
- c) poziom ALA i PBG w moczu,
- d) jakość życia mierzona w skali PCS SF-12.

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii (pkt. 2.3).
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**4. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny na podstawie punktu a) albo b) poniżej;
  - a) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 6 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL;
  - b) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 12 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL;
- 2) klinicznie istotne podwyższenie wartości w wynikach badań czynności wątroby zgodnie z oceną lekarza prowadzącego;
- 3) eGFR  $<15\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$  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**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzenie choroby PH1 badaniem molekularnym;</li> <li>2) przewlekła choroba nerek w stadium I-III (eGFR &gt; 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>);</li> <li>3) średnie dobowe wydalanie szczawianów z moczem <math>\geq 0,70</math> mmol /1,73 m<sup>2</sup>/24h ;</li> <li>4) brak efektywności terapii witaminą B<sub>6</sub> (pirydoksyną) rozumianej jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem <math>\geq 30\%</math> w okresie co najmniej 3- miesięcznym;</li> <li>5) pisemna świadoma zgoda pacjenta na leczenie; w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia – zgoda opiekuna prawnego.</li> </ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Stosowanie produktu leczniczego Oxlu mo obejmuje dawki nasycające podawane raz w miesiącu przez 3 miesiące, a następnie dawki podtrzymujące podawane po miesiącu od ostatniej dawki nasycającej, zależne od masy ciała:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) masa ciała poniżej 10 kg: <ul style="list-style-type: none"> <li>– dawka nasycająca 6 mg / kg m.c.,</li> <li>– dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz w miesiącu;</li> </ul> </li> <li>2) masa ciała od 10 kg do mniej niż 20 kg: <ul style="list-style-type: none"> <li>– dawka nasycająca 6 mg / kg m.c.,</li> <li>– dawka podtrzymująca 6 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące;</li> </ul> </li> <li>3) masa ciała 20 kg i więcej: <ul style="list-style-type: none"> <li>– dawka nasycająca 3 mg / kg m.c.,</li> <li>– dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące.</li> </ul> </li> </ol> <p>Szczegółowe warunki stosowania są opisane w ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar wzrostu i masy ciała;</li> <li>2) test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>3) badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT;</li> <li>4) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV;</li> <li>5) ocena laboratoryjna: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m<sup>2</sup>/24h),</li> <li>b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żyłnej,</li> <li>c) badanie ogólne moczu;</li> </ol> </li> <li>6) USG układu moczowego.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Po pierwszych sześciu miesiącach leczenia, lekarz dokonywać będzie oceny odpowiedzi pacjenta na leczenie.</p>

**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu**

- 1) eGFR < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>;
- 2) klinicznie istotne nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN);
- 3) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C;
- 4) przeszczepienie nerki lub wątroby;
- 5) nietolerancja wstrzyknięć podskórnych;
- 6) ciąża;
- 7) karmienie piersią;
- 8) odmowa stosowania antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym;
- 9) historia nadużywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub niemożność lub niechęć do ograniczenia spożycia alkoholu w trakcie leczenia;
- 10) wcześniejsze leczenie lumazyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni lumazyranem sodowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego).

**3. Określenie czasu leczenia w programie**

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

**4. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN);

**2.1. Badania co 3 miesiące:**

- 1) pomiar wzrostu (pacjenci pediatryczni) i masy ciała;
- 2) ocena laboratoryjna:
  - a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m<sup>2</sup>/24h),
  - b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żyłnej,
  - c) badanie ogólne moczu,
  - d) USG układu moczowego, w przypadku uznania za konieczne przez lekarza prowadzącego.

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

**3. Monitorowanie programu**

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:



<p>2) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny rozumiany jako brak redukcji wydalania szczawianów z moczem &gt;30% w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych;</p> <p>3) osiągnięcie stadium IV lub V PChN (eGFR&lt;30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>);</p> <p>4) wystąpienie nadwrażliwości na lek;</p> <p>5) ciąża;</p> <p>6) karmienie piersią;</p> <p>7) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C.</p>		<p>a) procentowa zmiana dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol/1,73m<sup>2</sup>/24h),</p> <p>b) zmiana funkcji nerek za pomocą oceny współczynnika eGFR.</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

Załącznik B.130.

## LECZENIE CHORYCH Z DYSTROFIĄ MIĘŚNIOWĄ DUCHENNE’A SPOWODOWANĄ MUTACJĄ NONSENSOWNĄ W GENIE DYSTROFINY (ICD-10: G71.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dystrofii mięśniowej Duchenne’a spowodowanej mutacją nonsensowną w genie dystrofiny dokonuje Zespół Koordynujący do spraw leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu mogą być zakwalifikowani chodzący pacjenci w wieku od 2 lat i z masą ciała powyżej 12 kg z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną przez mutację nonsensowną w genie dystrofiny (nmDMD).</p> <p>Pacjenci z DMD bez mutacji nonsensownej nie powinni otrzymywać atalurenu.</p> <p>Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie atalurenem w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Ataluren stosowany jest doustnie trzy razy na dobę. Zalecane jest dawkowanie wg schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rano – 10 mg/kg masy ciała,</li> <li>2) w południe – 10 mg/kg masy ciała;</li> <li>3) wieczorem – 20 mg/kg masy ciała</li> </ol> <p style="padding-left: 40px;">– do łącznej dawki 40 mg/kg masy ciała na dobę.</p> <p>Sposób podawania atalurenu – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wynik badania genetycznego potwierdzający mutację nonsensowną genu dystrofiny;</li> <li>2) kreatynina w surowicy, eGFR;</li> <li>3) kinaza kreatynowa w surowicy (CPK);</li> <li>4) azot mocznika we krwi;</li> <li>5) cholesterol całkowity;</li> <li>6) LDL;</li> <li>7) HDL;</li> <li>8) trójglicerydy.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Co 6 miesięcy: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) CPK, kreatynina w surowicy, azot mocznika we krwi (co 6 do 12 miesięcy),</li> <li>b) ciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe w spoczynku;</li> </ol> </li> <li>2) Co 12 miesięcy ponadto: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) cholesterol całkowity,</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia pkt.3 oraz z zastrzeżeniem zawartym w pkt.4.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) rezygnacja pacjenta;</li><li>2) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych;</li><li>3) jednoczesne stosowanie dożylnych aminoglikozydów;</li><li>4) trwała utrata zdolności do chodzenia (tj. utrzymująca się powyżej 6-ciu miesięcy).</li></ol> <p><b>4. Warunkowe (czasowe) wykluczenie z programu</b> Jeżeli konieczne jest leczenie dożylnie aminoglikozydami, należy przerwać leczenie atalurenem. Można je wznowić 2 dni po zakończeniu podawania aminoglikozydów. W przypadku, gdy świadczeniobiorca po zakończeniu podawania aminoglikozydów spełnia kryteria wyłączenia z programu, lekarz prowadzący podejmuje decyzję o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.</p>		<ol style="list-style-type: none"><li>b) LDL,</li><li>c) HDL,</li><li>d) trójglicerydy.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li><li>2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</li><li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowej do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia</li></ol>
---	--	---

Załącznik B.131.

**LECZENIE PACJENTÓW Z IDIOPATYCZNĄ WIELOOGNISKOWĄ CHOROBA CASTLEMANA (ICD-10: D47.7)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Pacjent musi spełniać wszystkie poniższe kryteria włączenia do programu.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzona wieloogniskowa postać choroby Castlemana;</li> <li>2) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>3) ujemne wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV oraz HHV-8;</li> <li>4) brak czynnego zakażenia WZW B;</li> <li>5) odpowiednia wydolność szpiku oceniana na podstawie wyników badań laboratoryjnych: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) całkowita liczba neutrofilów <math>\geq 1,0 \times 10^9/l</math>,</li> <li>b) liczba płytek <math>\geq 50 \times 10^9/l</math>,</li> <li>c) hemoglobina <math>&lt; 170 \text{ g/l}</math> (<math>10,6 \text{ mmol/l}</math>);</li> </ol> </li> <li>6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji;</li> <li>7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie.</li> </ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni <i>siltuksymabem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie <i>siltuksymabu</i> zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień objęcia refundacją.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin;</li> <li>2) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR);</li> <li>3) aktywność AspAT, AIAT, stężenie bilirubiny;</li> <li>4) badania w kierunku zakażenia HIV (test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygeny p24 oraz przeciwciał anti-HIV 1/2) oraz HHV-8 (badanie LANA-1 w immunohistochemii lub metoda reakcji łańcuchowej polimerazy PCR);</li> <li>5) badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV (HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA);</li> <li>6) test ciążowy (oznaczenie stężenie gonadotropiny kosmówkowej w moczu lub krwi);</li> <li>7) tomografia komputerowa (TK) obejmująca szyję, klatkę piersiową, jamę brzuszną i miednicę.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Monitorowanie skuteczności leczenia powinno się odbywać na podstawie kryteriów odpowiedzi według międzynarodowych</p>

<p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>Leczenie <i>siltuksymabem</i> powinno być wstrzymane, jeśli pacjent ma ciężkie zakażenie lub jakiegokolwiek toksyczne działanie niehematologiczne i może być wznowione w tej samej dawce po wyleczeniu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na <i>siltuksymab</i> lub którykolwiek ze składników preparatu;</li><li>2) wystąpienie toksyczności powyżej 3. stopnia według WHO;</li><li>3) utrzymujący się przez <math>\geq 3</math> tygodnie wzrost nasilenia (<math>\geq 2</math>. stopnia) objawów związanych z chorobą;</li><li>4) pojawienie się nowych objawów związanych z chorobą o nasileniu <math>\geq 3</math>. stopnia;</li><li>5) pogorszenie stanu sprawności ogólnej, tj. utrzymujący się przez <math>\geq 3</math> tygodnie wzrost o <math>&gt; 1</math> punkt w skali ECOG;</li><li>6) progresja choroby potwierdzona w badaniu tomografii komputerowej węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano;</li><li>7) ciąża i laktacja.</li></ol>		<p>zaleceń Zespołu Ekspertów ds. Choroby Castlemana – Castleman Disease Collaborative Network (CDCN).</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) monitorowanie objawów choroby Castlemana wg zaleceń CDCN na podstawie CTC;</li><li>2) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia zgodnie z NCI-CTCAE v 4.0;</li><li>3) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin;</li><li>4) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR);</li><li>5) aktywność AspAT, AIAT;</li><li>6) ocena wielkości węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano (tomografia komputerowa).</li></ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem należy wykonywać przez pierwsze 12 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;</li><li>2) stężenie CRP przez 6 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;</li><li>3) profil nerkowy, albuminy, aktywność AspAT, AIAT przez 3 miesiące przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;</li><li>4) tomografię komputerową należy wykonywać po 3, 6 i 12 miesiącu terapii, a następnie w razie podejrzenia progresji choroby.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich</li></ol>
--	--	--

		<p>przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

Załącznik B.132.

**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><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</li> <li>2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV;</li> <li>3) wiek <math>\geq</math> 18 lat.</li> </ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></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><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) status serologiczny CMV IgG i IgM biorcy;</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: stężenie bilirubiny i albuminy w surowicy, INR, ASPAT, ALAT, określenie skali Child-Pugh;</li> <li>3) ocena wydolności nerek: stężenie kreatyniny w surowicy, eGFR.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> </ol>

**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  $\leq 18$  lat;
- 2) ciężkie (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby;
- 3) umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (klasa B w skali Child-Pugh) i współwystępujące umiarkowane (wartość eGFR 31,0 do 56,8 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) lub ciężkie (wartość eGFR 11,9 do 28,1 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) 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"> <li>1) Toksyna botulinowa typu A</li> <li>2) Erenumab</li> <li>3) Fremanezumab</li> </ol> <p>W pierwszej linii leczenia stosuje się toksynę botulinową typu A.</p> <p>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia erenumabem albo fremanezumabem.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia toksyną botulinową</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia;</li> <li>2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu. Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. <i>International Classification of Headache Disorders</i>, ICHD);</li> <li>3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:</li> </ol>	<p><b>1. Toksyna botulinowa</b></p> <p>Lek podaje się wielopunktowo, zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Jednorazowo podaje się pacjentowi maksymalną dawkę 195 j.</p> <p>Kolejne podanie leku następuje po upływie co najmniej 12 tygodni, ale nie później niż 16 tygodni od podania poprzedniej dawki leku.</p> <p><b>2. Erenumab</b></p> <p>Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:</p> <p>140 mg erenumabu co 4 tygodnie.</p> <p><b>3. Fremanezumab</b></p> <p>Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:</p>	<p><b>1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wywiad z pacjentem potwierdzający spełnienie kryteriów kwalifikacji do programu lekowego;</li> <li>2) badanie fizykalne – neurologiczne;</li> <li>3) dzienniczek pacjenta z udokumentowanymi napadami bólu głowy i bólu migrenowego prowadzony przez okres minimum 3 ostatnich miesięcy;</li> <li>4) prawidłowo prowadzona historia choroby uwzględniająca wymagane w kryteriach włączenia próby leczenia w przeszłości;</li> <li>5) kwestionariusz jakości życia – skala MIDAS.</li> </ol> <p><b>2. Badania podczas monitorowania leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kontrolne wizyty u lekarza z oceną efektów leczenia co 12 tygodni (<math>\pm</math> 15 dni) od momentu włączenia do programu lekowego;</li> <li>2) analiza skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka pacjenta;</li> <li>3) analiza jakości życia na podstawie kwestionariusza wg skali MIDAS.</li> </ol>

<p>a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL),</p> <p>b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę,</p> <p>c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę</p> <p>lub</p> <p>przeciwwskazanie do stosowania</p> <p>lub</p> <p>brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień włączenia do programu Charakterystykami Produktów Leczniczych;</p> <p>Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia.</p> <p>4) wykluczenie przeciwwskazań do stosowania toksyny botulinowej typu A określonych w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>5) brak wcześniejszego leczenia toksyną botulinową typu A we wskazaniu migrena przewlekła (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego);</p> <p>6) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu toksyny botulinowej typu A.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p>225mg fremanezumabu raz na miesiąc lub 675 mg fremanezumabu raz na trzy miesiące.</p>	<p>W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych parametrów koniecznych do oceny bólów głowy:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) liczba dni z bólem głowy,</li><li>2) typ bólu głowy,</li><li>3) natężenie bólu,</li><li>4) czas trwania,</li><li>5) objawy towarzyszące,</li><li>6) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych doraźnie leków przeciwbólowych/przeciw migrenowych,</li><li>7) informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/przeciw migrenowych (np. ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin, zmniejszenie bólu, zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących).</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	--	--

Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia

### **1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia lekami anty-CGRP (erenumabem albo fremanezumabem)**

- 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia;
  - 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorder*, ICHD);
  - 3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:
    - a) topiramatu – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL),
    - b) kwasu walproinowego lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę,
    - c) amitryptyliny stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę
- lub

<p>przeciwwskazanie do stosowania</p> <p>lub</p> <p>brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień włączenia do programu Charakterystykami Produktów Leczniczych;</p> <p>Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia.</p> <p>4) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie po 3 pierwszych podaniach toksyny botulinowej (w dniu planowanego czwartego podania), definiowany jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu względem wartości początkowej o mniej niż 50%)</p> <p>albo</p> <p>nawrót migreny przewlekłej stwierdzony w wyniku finalnej oceny leczenia toksyną botulinową (ocena dokonywana jest nie wcześniej niż po 12-16 tyg. od ostatniego podania leku, ale nie później niż 6 miesięcy)</p> <p>albo</p> <p>nietolerancja toksyny botulinowej typu A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego</p> <p>albo</p> <p>przeciwwskazania do stosowania toksyny botulinowej A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>5) brak wcześniejszego leczenia lekami anty-CGRP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego;</p>		
--	--	--

6) wykluczenie przeciwwskazań określonych w odpowiednich aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystykach Produktu Leczniczego;

7) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu leku anty-CGRP.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia.

## **2. Kryteria ponownej kwalifikacji do programu**

Pacjent do programu lekowego może być ponownie zakwalifikowany tylko jeden raz.

**2.1.** Po zakończeniu leczenia toksyną botulinową typu A i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej.

Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu toksyny botulinowej typu A.

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

**2.2.** Po zakończeniu leczenia lekiem anty-CGRP i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej.

Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu leku anty-CGRP.

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

### **3. Czas trwania leczenia w programie obejmuje:**

**3.1.** W I linii leczenia 5 podań toksyny botulinowej lub mniej w przypadku spełnienia któregośkolwiek z kryterium wyłączenia dotyczących toksyny botulinowej.

Po zakończeniu leczenia (po zastosowaniu 5-tego podania) pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy.

W przypadku nietolerancji albo braku odpowiedzi na leczenie albo nawrotu migreny przewlekłej do 6 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o kwalifikacji pacjenta do leczenia erenumabem albo fremanezumabem)

W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia toksyną botulinową typu A.

**3.2.** W II linii leczenia okres podawania erenumabu albo fremanezumabu w programie wynosi 12 miesięcy. Odpowiedź na

leczenie jest definiowana po 12 tygodniach leczenia poprawą jakości życia mierzoną skalą MIDAS oraz jako redukcja o co najmniej

- 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej.

Brak odpowiedzi na leczenie powoduje wyłączenie pacjenta z programu.

W przypadku nietolerancji zastosowanego leku anty-CGPR (zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego) istnieje możliwość zmiany leku na inny wymieniony w programie lek anty-CGPR. Zmiany można dokonać nie później niż do 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia lekiem anty-CGPR.

Po zakończeniu leczenia pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy.

W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia lekiem anty-CGRP.

#### **4. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) brak prawidłowego prowadzenia dzienniczka bólów głowy;
- 2) brak odpowiedzi na leczenie oceniane podczas wizyt kontrolnych;

Odpowiedź na leczenie jest definiowana jako redukcja o co najmniej

- 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej sprzed leczenia.

<p>3) pogorszenie lub brak zmiany w jakości życia, mierzone skalą MIDAS, stwierdzone i zweryfikowane podczas wizyt monitorujących;</p> <p>4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancje pomocnicze uniemożliwiające kontynuację leczenia;</p> <p>5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku.</p>		
---	--	--



Załącznik B.134.

**ZAPOBIEGANIE POWIKŁANIOM KOSTNYM U DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZAAWANSOWANYM PROCESEM NOWOTWOROWYM OBEJMUJĄCYM KOŚCI Z ZASTOSOWANIEM DENOSUMABU (ICD-10: C18, C19, C20, C34, C50, C61, C64, C67, C79.5, C90.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikowania</b></p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>2) stan sprawności wg ECOG 0-2;</p> <p>3) rozpoznanie:</p> <p>a) uogólniony proces nowotworowy (IV stopień zaawansowania) – potwierdzony histologicznie lub cytologicznie nowotwór lity</p> <p>lub</p> <p>b) szpiczak plazmocytowy;</p> <p>4) potwierdzona w badaniu obrazowym obecność:</p> <p>a) w przypadku nowotworów litych – co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości;</p> <p>lub</p> <p>b) w przypadku szpiczaka plazmocytoowego – co najmniej jednej zmiany osteolitycznej lub zmiany naciekającej kości;</p> <p>5) a) w przypadku pacjentów z przerzutami do kości z nowotworów litych: nietolerancja lub przeciwskazania do stosowania bisfosfonianów</p> <p>lub</p>	<p><b>1. Dawkowanie denosumabu</b></p> <p>Denosumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Wszyscy chorzy powinni otrzymywać co najmniej 500 mg wapnia i 400 j.m. witaminy D na dobę, chyba, że występuje u nich hiperkalcemia (w przypadku hipokalcemii może być konieczne zastosowanie dodatkowej suplementacji wapnia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyki Produktu Leczniczego).</p>	<p><b>1. Badania podczas kwalifikacji do leczenia denosumabem</b></p> <p><b>1.1. Guzy lite</b></p> <p>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie rozpoznania nowotworu złośliwego;</p> <p>2) potwierdzenie obecności co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);</p> <p>3) aktywność AlAT;</p> <p>4) aktywność AspAT;</p> <p>5) stężenie bilirubiny;</p> <p>6) stężenie wapnia;</p> <p>7) stężenie kreatyniny;</p> <p>8) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>1.2. Szpiczak plazmocytowy</b></p> <p>1) potwierdzenie diagnozy szpiczaka plazmocytoowego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej;</p>

<p>b) w przypadku pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym: nietolerancja lub przeciwwskazania do stosowania bisfosfonianów lub stwierdzenie zaburzeń funkcji nerek.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do programu lekowego w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być kwalifikowani chorzy, którzy otrzymują obecnie leczenie denosumabem i spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego w chwili rozpoczęcia leczenia.</p> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciężka, nieleczona hipokalcemia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li><li>2) niezagojone rany po zabiegach stomatologicznych lub chirurgicznych w jamie ustnej;</li><li>3) martwica kości szczęki lub zapalenie kości szczęki w wywiadzie</li><li>4) równoczesne leczenie bisfosfonianami;</li><li>5) równoczesne leczenie innymi produktami leczniczymi zawierającymi denosumab (z powodu osteoporozy).</li></ol> <p><b>3. Określenie czasu leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</li><li>2) W przypadku szpiczaka plazmocytoowego: u chorych, którzy po dwóch latach leczenia denosumabem osiągną co najmniej bardzo dobrą częściową remisję dzięki stosowaniu terapii przeciwszpiczakowej można:<ul style="list-style-type: none"><li>– odstawić denosumab i wówczas po co najmniej 6 miesiącach należy podać pacjentowi pojedynczą dawkę bisfosfonianów</li></ul></li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>2) potwierdzenie występowania co najmniej jednej zmiany osteolitycznej w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);</li><li>3) aktywność AlAT;</li><li>4) aktywność AspAT;</li><li>5) stężenie bilirubiny;</li><li>6) stężenie wapnia;</li><li>7) stężenie kreatyniny;</li><li>8) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia denosumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie stężenia:<ol style="list-style-type: none"><li>a) wapnia w surowicy<ul style="list-style-type: none"><li>– w ciągu 2 tygodni po podaniu pierwszej dawki oraz następnie w sytuacji, kiedy wystąpią objawy hipokalcemii.</li></ul></li></ol>Dodatkową kontrolę stężenia wapnia należy rozważyć także podczas leczenia chorych z czynnikami ryzyka rozwoju hipokalcemii lub jeżeli wymaga tego stan chorego.</li><li>2) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li></ol>
---	--	---

<p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– kontynuować stosowanie denosumabu co 6 miesięcy, biorąc pod uwagę choroby współistniejące w tym osteoporozę lub konieczność kontynuacji sterydoterapii.</li></ul> <p>W przypadku nawrotu choroby możliwe jest ponowne rozpoczęcie podawania denosumabu, jeśli chory spełnia kryteria włączenia do programu.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) objawy nadwrażliwości na denosumabu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu;</li><li>2) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią;</li><li>3) wystąpienie martwicy kości szczęki;</li><li>4) wystąpienie atypowego złamania kości udowej;</li><li>5) progresja bólu kostnego niezależna od progresji choroby podstawowej (w przypadku nowotworów litych), lub niebędąca konsekwencją terapii podstawowej (np. polineuropatii w przypadku szpiczaka plazmocytoowego), zdefiniowana jako konieczność włączenia silnych opioidów lub podwojenia dawek podawanych silnych opioidów;</li><li>6) terminalne stadium choroby zdefiniowane jako przewidywana długość życia nieprzekraczająca 3 miesięcy;</li><li>7) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. wg ECOG.</li></ol>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

Załącznik B.135.

## LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA ŚRÓDMIAŻSZOWĄ PŁUC (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie nintedanibem pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD),</li> <li>– związanej z twardziną układową.</li> </ul> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody jednego z Zespołów, o którym mowa powyżej.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Dla poszczególnych terapii muszą być spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.).</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej,</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>Maksymalna dawka dobową:</b> 300 mg,</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związaną z twardziną układową, u których mykofenolan mofetylu jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, nintedanib należy podawać w skojarzeniu z mykofenolanem mofetylu w rekomendowanej dawce. Mykofenolan mofetylu, jeśli jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, powinien być kontynuowany także po wstrzymaniu terapii nintedanibem.</p> <p>Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) (do decyzji lekarza),</li> <li>2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>4) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy,</li> <li>5) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy,</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li> <li>8) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy,</li> <li>9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT),</li> <li>10) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,</li> <li>11) oznaczenie stężenia NT-proBNP (do decyzji lekarza) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,</li> <li>12) oznaczenie wskaźnika INR,</li> <li>13) oznaczenie stężenia czynnika reumatoidalnego RF – dotyczy kwalifikacji do leczenia PF-ILD,</li> <li>14) oznaczenie miana p/ciał aCCP,</li> </ol>

<p>2) rozpoznanie choroby śródmiąższowej płuc na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (TKWR),</p> <p>3) FVC <math>\geq</math> 40% wartości należnej,</p> <p>4) pojemność dyfuzyjna płuc TLco powyżej 30% wartości należnej,</p> <p>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii,</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (zwana dalej ChPL),</p> <p>7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL,</p> <p>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią,</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji:</b></p> <p>1.2.1. Terapia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związanej z twardziną układową:</p> <p>1) rozpoznanie twardziny układowej (SSc) zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR,</p>	<p>inhibitorami kinaz, które są wskazane i wymagane u danego pacjenta z uwagi na układową chorobę tkanki łącznej, w tym twardziny układowej, zgodnie z rekomendacjami i aktualną wiedzą medyczną należy do lekarza reumatologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego.</p> <p>Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi inhibitorami kinaz, które jest wskazane i uznane za odpowiednie u danego pacjenta zgodnie z rekomendacjami lub aktualną wiedzą medyczną z uwagi na chorobę śródmiąższową płuc, należy do lekarza pulmonologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego.</p> <p>U pacjentów, u których leczenie mykofenolanem mofetylu nie jest dobrze tolerowane lub jest przeciwwskazane oraz leczenie innymi lekami immunosupresyjnymi nie jest wskazane lub jest przeciwwskazane lub nie jest dobrze tolerowane, nintedanib zgodnie z decyzją lekarza reumatologa lub pulmonologa prowadzącego leczenie, może być podawany w monoterapii.</p>	<p>15) oznaczenie miana p/ciał c-ANCA i p-ANCA,</p> <p>16) oznaczenie miana p/ciał przeciwnądrowych (ANA) met. IF,</p> <p>17) oznaczenie profilu ANA obejmującego min. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III - dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD lub przy dodatnim mianie ANA,</p> <p>18) test Quantiferon - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),</p> <p>19) oznaczenie antygenu HBs - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),</p> <p>20) oznaczenie przeciwciał anty-HCV - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),</p> <p>21) oznaczenie antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),</p> <p>22) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym),</p> <p>23) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza),</p> <p>24) badanie kapilaroskopowe – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,</p> <p>25) elektrokardiografia (EKG),</p> <p>26) ECHO serca,</p> <p>27) spirometria (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),</p>
---	--	--

<p>2) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c:</p> <p>a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 10%,</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek wartości TLCO o co najmniej 15%,</li></ul> <p>pomimo terapii mykofenolanem mofetylu lub cyklofosfamidem, jeśli ich zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące ich stosowania, z których każdy stosowany był zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych,</p> <p>lub</p> <p>b) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi &lt; 70% wartości należnej,</p> <p>lub</p> <p>c) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.</p> <p>1.2.2. Terapia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD):</p> <p>1) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci z rozpoznaniem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) układowej choroby tkanki łącznej, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR (ustalonym w ośrodkach reumatologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół</li></ul>		<p>28) wskaźnik transferu płucnego dla CO (TLco) (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),</p> <p>29) pletyzmografia (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),</p> <p>30) TK wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (TKWR) (maksymalnie do 12 m-cy przed kwalifikacją),</p> <p>31) gazometria krwi lub pulsoksymetria,</p> <p>32) konsultacja pulmonologiczna lub reumatologiczna (do decyzji lekarza).</p> <p><b>2. Monitorowanie terapii</b></p> <p>1) badania laboratoryjne</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li><li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy,</li><li>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),</li><li>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li><li>e) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy,</li><li>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li><li>g) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT).</li></ul> <p>Wymienione badania powinny być wykonywane po 1 miesiącu (<math>\pm 15</math> dni), po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) i po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania leku.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe należy powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 3</math> miesiące).</p> <p>2) badania czynnościowe układu oddechowego:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) spirometrię,</li></ul>
---	--	--

<p>Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych,</p> <p>lub</p> <p>b) przewlekłego zapalenia płuc z nadwrażliwości lub sarkoidozy lub idiopatycznego niespecyficznego śródmiąższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanego idiopatycznego śródmiąższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanej śródmiąższowej choroby płuc zgodnie z aktualnymi rekomendacjami (ustalonym w ośrodkach pulmonologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc,</p> <p>2) Do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c:</p> <p>a) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano w okresie ostatnich 24 m-cy:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 10%, lub</li><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, lub</li><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR, lub</li><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz nasilenie objawów klinicznych, lub</li><li>– progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR oraz nasilenie objawów klinicznych,</li></ul> <p>pomimo stosowania leczenia uznawanego za odpowiednie lub rekomendowanego dla danej postaci ILD, jeśli jego zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania, które stosowane</p>		<p>b) wskaźnik transferu płucnego dla CO (TLco),</p> <p>c) pletyzmografię,</p> <p>d) gazometrię krwi lub pulsoksymetrię.</p> <p>Wymienione badania powinny być wykonywane po każdym 12 miesiącach (<math>\pm 3</math> miesiące) od pierwszego podania leku.</p> <p>3) badanie obrazowe płuc:</p> <p>a) TKWR klatki piersiowej.</p> <p>Badanie należy wykonać po 12 miesiącach (<math>\pm 3</math> miesiące) od pierwszego podania leku. W przypadku kontynuacji leczenia w programie, decyzja o terminie kolejnego badania należy do lekarza prowadzącego;</p> <p>4) badania układu krążenia:</p> <p>a) elektrokardiografia (EKG) po każdym 6 miesiącach (<math>\pm 3</math> miesiące),</p> <p>b) ECHO serca po każdym 12 miesiącach (<math>\pm 3</math> miesiące).</p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny co 12 miesięcy. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym chorych na chorobę śródmiąższową płuc w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej lub Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, który podsumowuje wyniki leczenia chorych na śródmiąższowe choroby płuc nie związane z chorobą układową tkanki łącznej na koniec każdego roku.</p>
---	--	---

było przez okres co najmniej 3–6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, lub w razie braku odpowiedniego lub rekomendowanego leczenia bezpośrednio po stwierdzeniu fenotypu postępującego włóknienia

lub

b) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej,

lub

c) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

W przypadku przerwy w leczeniu wynoszącej 6 miesięcy i więcej, schemat monitorowania (kolumna III pkt 2 podpunkty 1-4) należy ponowić jak w przypadku pacjentów rozpoczynających terapię.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie definiowany jako bezwzględne obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy ( $\pm 3$  miesiące) leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach ( $\pm 3$  miesiące), potwierdzone

## 3. Monitorowanie programu

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



<p>w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie co najmniej 2 tygodni,</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL,</li><li>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą,</li><li>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia,</li><li>5) okres ciąży lub karmienia piersią,</li><li>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów</li></ol> <p><b>4. Kryteria ponownego włączenia do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pacjent, u którego leczenie nintedanibem, zastosowane zgodnie z zapisami programu, zostało wstrzymane z powodu stabilizacji procesu chorobowego, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji,</li><li>2) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. Ponowne włączenie pacjenta do leczenia w programie nie wymaga wykonania badań kwalifikacyjnych. Decyzję o ponownym włączeniu podejmuje Zespół Koordynacyjny lub lekarz prowadzący,</li></ol>		
---	--	--

<p>3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku zaprzestania podawania nintedanibu z powodu spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonego w pkt. 3.1, jeśli w opinii lekarza prowadzącego brak terapii nintedanibem może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta z powodu szybszej progresji choroby, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony, lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc o wyrażenie zgody na ponowne włączenie pacjenta do programu lekowego. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego ponowne zastosowanie substancji czynnej, podczas leczenia którą stwierdzono brak adekwatnej odpowiedzi w przeszłości, nie jest możliwe.</p>		
--	--	--

Załącznik B.136.FM.

**LECZENIE CHORYCH NA GRUŻLICĘ LEKOOPORNĄ (MDR/XDR) (ICD-10: A15)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	DAWKOWANIE LEKÓW	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się dwie terapie gruźlicy lekoopornej substancjami:</p> <p><b>A. bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi (gruźlica płuc MDR-TB);</b></p> <p><b>B. pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem (gruźlica płuc MDR-TB albo XDR-TB).</b></p> <p><u>W programie lekowym istnieje możliwość kwalifikacji pacjenta do terapii 1 albo 2. Nie można traktować powyższych terapii jako linii leczenia.</u></p> <p><b>1. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi.</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq</math> 14 lat;</li> <li>2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji;</li> <li>3) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym możliwym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed włączeniem do programu albo brak możliwości zastosowania innego skutecznego leczenia gruźlicy płuc;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.</p>	<p><b>1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zdjęcie RTG klatki piersiowej;</li> <li>2) badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, stężenie potasu, wapnia i magnezu w surowicy, aminotransferaza alaninowa [AlAT], aminotransferaza asparaginowa [AspAT], fosfataza zasadowa i bilirubina, stężenie kreatyniny);</li> <li>3) badanie EKG;</li> <li>4) pomiar BMI;</li> <li>5) test ciążowy;</li> <li>6) test na obecność na wirusa HIV;</li> <li>7) badanie płwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub wykonanie testu molekularnego w przypadku gruźlicy: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) XDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na izoniazyd, ryfamycynę, fluorochinolon</li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed włączeniem, które w opinii lekarza były zgodne z leczeniem</li> </ol> <p>lub</p> </li> </ol>

- 4) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu leczniczego (dalej ChPL);
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL;
- 7) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dni przed rozpoczęciem terapii;
- 8) brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego;
- 9) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+  $\leq$  50 komórek/ $\mu$ l;
- 10) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub badakiliną w skojarzeniu z pretomanidem;
- 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;
- 12) wyrażenie zgody przez pacjenta na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

### 1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Całkowita długość leczenia w programie wynosi 24 tygodnie. U pacjentów, u których po 24 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenie można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.

c) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na PAS, etionamid, aminoglikozydy lub fluorochinolony.

### 2. Monitorowanie leczenia

#### 2.1. Badania wykonywane na początku leczenia oraz przynajmniej raz w tygodniu podczas pierwszego miesiąca leczenia, co drugi tydzień podczas 2. miesiąca, a następnie raz na miesiąc:

- 1) badania czynności wątroby (AlAT, AspAT, fosfataza zasadowa i bilirubina) – w trakcie leczenia oraz zgodnie z potrzebami.

W razie wystąpienia objawów wskazujących na wystąpienie lub nasilenie się zaburzeń czynności wątroby, należy przeprowadzić badanie na obecność wirusowego zapalenia wątroby i przerwać stosowanie innych produktów leczniczych o toksycznym działaniu na wątrobę.

#### 2.2. Badania wykonywane na początku leczenia, po dwóch tygodniach, a następnie raz na miesiąc:

- 1) morfologia krwi.

#### 2.3. Badania wykonywane raz na miesiąc:

- 1) badanie EKG.

#### 2.4. Badania wykonywane po 6 i 24 miesiącach po zakończeniu leczenia:

- 1) badanie płwociny w kierunku M. tuberculosis przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub metod molekularnych.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

**2. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) lub gruźlicy płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem.****2.1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) wiek  $\geq 14$  lat;
- 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) lub gruźlica płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji;
- 3) w przypadku MDR-TB:
  - a) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed przystąpieniem do terapii  
lub
  - b) udokumentowana nietolerancja leczenia drugiego rzutu z użyciem:
    - PAS, etionamidu, aminoglikozydów lub fluorochinolonów,
    - leczenia niewymienionego powyżej, które w opinii lekarza kwalifikuje pacjenta do terapii;
- 4) w przypadku XDR-TB:
  - a) udokumentowana oporność na izoniazyd, ryfamycynę, fluorochinolon i antybiotyki podawane w formie iniekcji (amikacyna, kanamycyna, kapreomycyna) w dowolnym czasie lub podczas kwalifikacji;
- 5) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami ChPL,

przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:
  - a) status konwersji posiewu mikrobiologicznego płwociny,
  - b) kontrola nawrotu bakteriologicznego lub niepowodzenia bakteriologicznego (ponowna infekcja);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- 7) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL;
- 8) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dnia przed rozpoczęciem terapii;
- 9) brak nadużywania alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego;
- 10) BMI > 17 kg/m<sup>2</sup>;
- 11) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/ $\mu$ l;
- 12) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;
- 13) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub bedakiliną w skojarzeniu pretomanidem;
- 14) wyrażenie zgody przez pacjenta na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

### 2.2. Określenie czasu leczenia w programie

Całkowita długość leczenia w programie wynosi 26 tygodni. U pacjentów, u których po 26 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenia można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą;

<p>2) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych ChPL;</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</p> <p>4) utrzymujący się stan sprawności 50 lub niższy według skali Karnofsky'ego;</p> <p>5) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>6) BMI &lt; 17 kg/m<sup>2</sup> (tylko w przypadku terapii leczenia pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną oraz linezolidem);</p> <p>7) zakażenie wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/<math>\mu</math>l.</p>		
--	--	--

Załącznik B.137.FM.

## ODCZULANIE WYSOKO IMMUNIZOWANYCH DOROSŁYCH POTENCJALNYCH BIORCÓW PRZESZCZEPU NERKI (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców z Krajowej Listy Oczekujących do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq 18</math> lat;</li> <li>2) schyłkowa niewydolność nerek (stadium V CKD);</li> <li>3) małe prawdopodobieństwo przeszczepienia w ramach dostępnego systemu alokacji nerek, w tym programów priorytetyzacji dla wysoko immunizowanych pacjentów: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) cPRA <math>\geq 90\%</math> i obecność na krajowej liście oczekujących <math>&gt;1</math> roku;</li> <li>b) cPRA <math>\geq 85\%</math> i <math>&lt;90\%</math> i obecność na krajowej liście oczekujących <math>&gt;1</math> roku i: <ol style="list-style-type: none"> <li>i. brak zadowalających efektów po przejściu dwóch protokołów odczulania lub</li> <li>ii. ocena Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki wskazująca na potencjalną niską skuteczność protokołu odczulania u danego pacjenta;</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego (CHPL).</p> <p><b>2. Terapia immunosupresyjna</b></p> <p>Zgodnie z zapisami CHPL podawanie imlifidazy nie eliminuje potrzeby stosowania leczenia immunosupresyjnego zgodnie ze standardem postępowania.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzenie obecności przeciwciał DSA;</li> <li>2) próba krzyżowa.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1.</b> Po zakończeniu leczenia (monitorowanie kontynuowane przez okres 12 miesięcy po podaniu imlifidazy):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w ciągu 24 godzin po zakończeniu leczenia imlifidazą, ale przed przeszczepieniem należy potwierdzić konwersję wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny;</li> <li>2) kliniczne testy laboratoryjne określające parametry życiowe, EKG (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną);</li> <li>3) badania eGFR, stężenie kreatyniny i białkomocz (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną);</li> <li>4) oznaczanie poziomu IgG (w przypadku immunosupresji z zastosowaniem IVIg);</li> <li>5) poziom przeciwciał anty-HLA (DSA; po 3, 7, 14, 21, 28, a następnie raz w miesiącu do 6. miesiąca po implantacji);</li> </ol>



4) spełnienie kryteriów dla wysoko immunizowanych pacjentów (pacjent ma krążące przeciwciała anty-HLA) z pozytywnym wynikiem próby krzyżowej (XM) przeciwko potencjalnemu zmarłemu dawcy nerki.

W przypadku wstępnej kwalifikacji pacjenta do terapii imlifidazą pozytywny wynik wirtualnej próby krzyżowej (vXM) nie będzie stanowił kryterium wykluczenia do przeprowadzenia biologicznej próby krzyżowej jak to ma miejsce w przypadku pozostałych pacjentów zgodnie z aktualnym systemem alokacji nerek;

5) pacjent, dla którego korzyść z przeszczepienia niezgodnego narządu jest większa niż ryzyko pozostania na liście oczekujących i dializy, z uwzględnieniem powiązanego z tym ryzyka rozwoju powikłań oraz śmiertelności;

6) brak chorób współistniejących mogących stanowić przeciwwskazanie do odczulania i przeszczepienia nerki;

7) wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta na udział w programie lekowym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## 2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu

- 1) wcześniejsze leczenie imlifidazą;
- 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) trwające poważne zakażenie;
- 4) zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP);
- 5) negatywny wynik próby krzyżowej.

6) biopsja nerki po 3 miesiącach oraz w przypadku wystąpienia wskazań do jej przeprowadzenia (decyzja w oparciu o wyniki oznaczeń DSA oraz stężenia kreatyniny).

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:
  - a) potwierdzenie konwersji wyniku próby krzyżowej (na podstawie standardowych protokołów potwierdzania konwersji wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny stosowanych w ośrodku),
  - b) czynność nerek po leczeniu imlifidazą oceniana za pomocą eGFR, kreatyniny i białkomoczu,
  - c) przyjęcie przeszczepu lub jego utrata,
  - d) wystąpienie procesu ostrego odrzucania potwierdzonego biopsją (ogółem i zależnego od przeciwciał),
  - e) przeżycie pacjentów w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu,
  - f) przeżycie przeszczepionej nerki w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.138.FM.

## LECZENIE PACJENTÓW ZE SPEKTRUM ZAPALENIA NERWÓW WZROKOWYCH I RDZENIA KRĘGOWEGO (NMOSD) (ICD-10: G36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii oraz ocenę skuteczności leczenia dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia satralizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek powyżej 12 roku życia;</li> <li>2) rozpoznanie chorób ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych oraz rdzenia kręgowego (NMOSD) - oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych;</li> <li>3) potwierdzenie obecności przeciwciał anti-AQP4;</li> <li>4) EDSS od 0 do 6,5 łącznie;</li> <li>5) brak przeciwwskazań do stosowania satralizumabu określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL);</li> <li>6) brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny 6;</li> <li>7) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym zaleca się</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>Satralizumab</b> może być stosowany w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym z terapią immunosupresyjną doustnymi kortykosteroidami (maksymalna dawka dobową 15 mg ekwiwalentu prednizolonu, azatiopryną - maksymalna dawka dobową 3 mg / kg m.c. lub mykofenolanem mofetylu – maksymalna dawka dobową 3 000 mg).</p> <p>Szczegółowe informacje dotyczące dawkowania oraz jego modyfikacji znajdują się w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) badanie ogólne moczu,</li> <li>c) CRP,</li> <li>d) AST, ALT,</li> <li>e) lipidogram;</li> </ol> </li> <li>2) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania MRI potwierdzający rozpoznanie NMOSD;</li> <li>3) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania potwierdzającego obecność przeciwciał anti-AQP4;</li> <li>4) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;</li> <li>5) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym;</li> <li>6) wykluczenie gruźlicy (RTG klatki piersiowej lub quantiferon);</li> <li>7) wykluczenie aktywnego zakażenia HBV (obecności antygeny HBs), HCV (brak przeciwciał anti-HCV, a w</li> </ol>

<p>stosowanie antykoncepcji.</p> <p>Z uwagi na brak danych odnośnie stosowania leku u kobiet w ciąży decyzja o włączeniu do terapii pozostaje do decyzji lekarza po ocenie stosunku korzyści do ryzyka.</p> <p>Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria kontynuacji leczenia.</p> <p>Ponadto, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy wcześniej rozpoczęli leczenie satralizumabem z innych źródeł finansowania, z wyjątkiem pacjentów aktualnie uczestniczących w trwających badaniach klinicznych, i na dzień rozpoczęcia terapii spełniali stosowne kryteria kwalifikacji.</p> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na satralizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) trwające aktualnie czynne zakażenie do momentu ustąpienia;</li><li>3) aktywny nowotwór złośliwy;</li><li>4) wcześniejsze leczenie przeciwciałem anti-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anti-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu;</li><li>5) wcześniejsze leczenie anti-CD4, kladrybiną, cyklofosfamidem lub mitoksantronem, przeszczepienie komórek macierzystych szpiku w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu;</li></ol>		<p>przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową);</p> <p>8) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu;</li><li>2) badanie MRI - jeśli zasadne klinicznie (decyzję podejmuje specjalista neurolog);</li><li>3) morfologia krwi z rozmazem, ALT i AST, bilirubina co cztery tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, następnie co trzy miesiące przez jeden rok, a po tym czasie według wskazań klinicznych;</li><li>4) lipidogram po pierwszych 6 miesiącach, a następnie wg wskazań klinicznych;</li><li>5) przekazanie pacjentowi informacji o Karcie Ostrzegawczej oraz wskazanie, że w przypadku wystąpienia cech infekcji – niezbędny jest kontakt z lekarzem.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena skuteczności:<ol style="list-style-type: none"><li>a) wskaźniki efektywności:<ul style="list-style-type: none"><li>– czas do wystąpienia rzutu,</li><li>– częstość rzutów,</li><li>– jakość życia na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36)</li><li>– czas do zgonu,</li></ul></li></ol></li></ol> <p>Definicja rzutu – wystąpienie jednego z poniższych:</p>
--	--	---

<p>6) inne stany kliniczne, które w opinii lekarza, mogą stanowić przeciwwskazania do terapii;</p> <p>7) inne przeciwwskazania wymienione w aktualnej ChPL.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza Zespół Koordynacyjny po każdym pełnych 12 miesiącach terapii.</p> <p>U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy.</p> <p>W przypadku wystąpienia 1 rzutu po minimum 6 miesiącach leczenia można dokonać zmiany / modyfikacji leczenia.</p> <p>Za brak skuteczności leczenia, uzasadniający zakończenie leczenia, przyjmuje się wystąpienie 2 ciężkich rzutów, występujących w odstępie co najmniej 30 dni, po minimum 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia satralizumabem.</p> <p>Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Kryterium wyłączenia z leczenia jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak skuteczności leczenia zgodnie z definicją w pkt. 3;</li><li>2) EDSS 8,5 lub więcej;</li><li>3) wystąpienie przeciwwskazań do stosowania satralizumabu wg aktualnej ChPL;</li><li>4) aktywny nowotwór złośliwy;</li><li>5) nietolerancja leczenia satralizumabem;</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>i. wzrost o <math>\geq 1,0</math> pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego więcej niż 0 (lub wzrost o <math>\geq 2,0</math> pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego 0),</li><li>ii. wzrost o <math>\geq 2,0</math> pkt. w co najmniej jednym właściwym dla danego objawu wyniku dla oceny układu czynnościowego (piramidowego, mózdkowego, pnia mózgu, czuciowego, pokarmowego lub moczowego, pojedynczego oka),</li><li>iii. wzrost o <math>\geq 1,0</math> pkt. w więcej niż 1 punktowym wyniku układu funkcjonalnego dla danego objawu, z wartością wyjściową wynoszącą co najmniej 1,0,</li><li>iv. wzrost o <math>\geq 1,0</math> pkt. w wyniku punktacji układu funkcjonalnego specyficznego dla objawów pojedynczego oka z wynikiem początkowym wynoszącym co najmniej 1,0.</li></ol> <p>Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt.</p> <p>Objawy muszą utrzymywać się przez &gt;24 godziny i nie można ich przypisać wystąpieniu innych czynników klinicznych (np. gorączka, infekcja, uraz, zmiana nastroju, ADR).</p> <p>b) oczekiwane korzyści zdrowotne:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– czas do ciężkiego rzutu: 86% pacjentów stosujących monoterapię w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu lub 90% pacjentów stosujących terapię skojarzoną w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu;</li></ul>
---	--	--

<p>6) brak współpracy ze strony pacjenta przy realizacji programu.</p>		<p>2) ocena bezpieczeństwa:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) monitorowanie zakażenia dróg moczowych i górnych dróg oddechowych;</li></ul> <p>3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>4) uzupełnienie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) data rozpoczęcia leczenia,</li><li>b) daty wystąpienia kolejnych rzutów choroby,</li><li>c) ocena w skali EDSS w momencie rozpoczęcia leczenia i co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu</li><li>d) jakość życia – na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36),</li><li>e) data zgonu,</li><li>f) data zakończenia leczenia;</li></ul> <p>5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

Załącznik B.139.

## LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI UKŁADU POKARMOWEGO Z ZASTOSOWANIEM RADIOFARMACEUTYKÓW (ICD-10: C25.4, C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<b>LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI TRZUSTKI (ICD-10 C 25.4)</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do terapii 177Lu-DOTATATE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67 ≤ 20%);</li> <li>2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami;</li> <li>3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatynny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [<sup>68</sup>Ga]Ga-DOTATATE) lub - w razie braku dostępu - scyntygrafii (SPECT/CT z [<sup>99m</sup>Tc]Tc-HYNIC-TOC) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyt w skali Krenninga ≥ 2);</li> <li>4) udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);</li> <li>5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE</b></p> <p>Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda.</p> <p>Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.</p> <p>177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylniej.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 177Lu-DOTATATE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) bilirubiny,</li> <li>b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> </ol> </li> <li>4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy;</li> <li>5) INR (international normalized ratio);</li> <li>6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny;</li> <li>7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi;</li> <li>8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) – metodą PET/CT z [<sup>68</sup>Ga]Ga-DOTATATE lub SPECT/CT z [<sup>99m</sup>Tc]Tc-HYNIC-TOC w zależności dostępności danej metody diagnostycznej;</li> <li>9) PET/CT z [<sup>18</sup>F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w</li> </ol>

<p>Cooperative Oncology Group) lub WHO;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);</p> <p>7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego;</p> <p>8) wiek <math>\geq</math> 18 roku życia.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie 177Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włącznie do programu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje.</p> <p>Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) trwale (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane:<ol style="list-style-type: none"><li>a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events),</li><li>b) jakiegokolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii,</li><li>c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny <math>&lt;</math> 30 ml/min lub spadek o 40%,</li><li>d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako:</li></ol></li></ol>		<p>zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>10) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badania wykonywane przed każdą infuzją:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny,</li><li>b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny,</li><li>c) morfologia krwi z rozmazem,</li><li>d) INR.</li></ol> <p>Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu 177Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji 177Lu-DOTATATE.</p> <p>2) scyntygrafia poterapeutyczna.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li></ol>
---	--	---

<p>bilirubinemia, ALT, AST &gt; 3 x górna granica normy, lub hipalbuminemia &lt; 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego &lt; 70%,</p> <p>e) jakiegokolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA);</li> <li>3) ciąża i karmienie piersią;</li> <li>4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu;</li> <li>5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przetętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.</li> </ol>		<p>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p>
<p><b>LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI PRZEWODU POKARMOWEGO WYWODZĄCEGO SIĘ ZE ŚRODKOWEGO ODCINKA PRAJELITA (MIDGUT) (ICD-10 C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)</b></p>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji to terapii 177Lu-DOTATATE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego przewodu pokarmowego wywodzącego się ze środkowego odcinka prajelita (MIDGUT), tj. obejmującego dolną część dwunastnicy, jelito czcze, jelito kręte, jelito ślepe wraz z wyrostkiem robaczkowym, okrężnicę wstępującą oraz początkowe 2/3 okrężnicy poprzecznej (stopień G1 lub G2, indeks</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE</b></p> <p>Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda.</p> <p>Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) bilirubiny,</li> <li>b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> </ol> </li> </ol>



<p>proliferacyjny Ki-67<math>\leq</math>20%);</p> <p>2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami;</p> <p>3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [<sup>68</sup>Ga]Ga-DOTATATE) lub scyntygrafii – w razie braku dostępu - (SPECT/CT z [<sup>99m</sup>Tc]Tc-HYNIC-TOC) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyty w skali Krenninga <math>\geq</math> 2);</p> <p>4) progresja choroby oceniona według kryteriów, klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST, w oparciu o TK lub MR podczas ostatnich 3 lat (ostatnie badanie obrazowe wykonane w ciągu 6 tyg. przed zakwalifikowaniem do leczenia) podczas leczenia analogami somatostatyny;</p> <p>5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);</p> <p>7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego;</p> <p>8) wiek <math>\geq</math> 18 roku życia.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie 177Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia</p>	<p>177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylniej.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p>4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy;</p> <p>5) INR (international normalized ratio);</p> <p>6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny;</p> <p>7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi;</p> <p>8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) - metodą PET/CT z [<sup>68</sup>Ga]Ga-DOTATATE lub SPECT/CT z [<sup>99m</sup>Tc]Tc-HYNIC-TOC lub w zależności od dostępności danej metody diagnostycznej;</p> <p>9) PET/CT z [<sup>18</sup>F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badania wykonywane przed każdą infuzją:</p> <p>a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny,</p> <p>b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny,</p> <p>c) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>d) INR.</p> <p>Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu 177Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji 177Lu-DOTATATE.</p>
--	---	---

<p>leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włącznie do programu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje.</p> <p>Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów:</p> <p>Kryteria przerwania terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) trwale (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane;<ol style="list-style-type: none"><li>a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events,</li><li>b) jakiegokolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii,</li><li>c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny &lt; 30 ml/min lub spadek o 40%,</li><li>d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST &gt; 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia &lt; 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego &lt; 70%,</li><li>e) jakiegokolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE.</li></ol></li></ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>2) scyntygrafia poterapeutyczna.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	--	--

<p>NYHA);</p> <p>3) ciąża i karmienie piersią;</p> <p>4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu;</p> <p>5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przetętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.</p>		
---	--	--

Załącznik B.140.

**LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO (ICD-10:E72.2)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) zaburzenie cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem enzymatycznym, biochemicznym lub genetycznym, obejmujące niedobór:</p> <p>a) syntetazy karbamoilofosforanowej I, lub</p> <p>b) karbamoilotransferazy ornitynowej, lub</p> <p>c) syntetazy argininobursztynianowej, lub</p> <p>d) liazy argininobursztynianowej, lub</p> <p>e) arginazy I, lub</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Fenylomaślan glicerolu należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <p>1) stężenie amoniaku we krwi;</p> <p>2) profil aminokwasów w osoczu;</p> <p>3) wydalanie kwasu orotowego w moczu (metodą ilościową);</p> <p>4) przy podejrzeniu zespołu HHH - profil aminokwasów w moczu;</p> <p>5) przy podejrzeniu deficytu liazy argininobursztynianu – poziom argininobursztynianu we krwi lub moczu;</p> <p>6) analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię;</p> <p>7) konsultacja psychologa (ocena rozwoju psychoruchowego / intelektualnego);</p> <p>8) konsultacja neurologa;</p> <p>9) konsultacja dietetyka (z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie);</p> <p>10) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii.</p>

<p>f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH tj. hiperamonemia-hiperornitynemii-homocytrulinuria);</p> <p>2) brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów.</p> <p><b>2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie</b></p> <p>1) nadwrażliwość na substancję czynną;</p> <p>2) leczenie ostrej hiperamonemii.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z dalszego udziału w programie</b></p> <p>Spełnienie któregośkolwiek z poniższych warunków:</p> <p>1) przeszczepienie wątroby;</p> <p>2) nadwrażliwość na fenylloctan lub fenylomaślan;</p> <p>3) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii.</p>		<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Okresowe monitorowanie (w zależności od potrzeb klinicznych, wieku i stabilności pacjenta; nie rzadziej niż raz na pół roku):</p> <p>1) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii;</p> <p>2) stężenie amoniaku we krwi;</p> <p>3) stężenie aminokwasów w osoczu;</p> <p>4) konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/ intelektualnym);</p> <p>5) konsultacja neurologa;</p> <p>6) konsultacja dietetyka.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

Załącznik B.141.

**LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM UROTELIALNYM (ICD-10: C61, C65, C66, C67, C68)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie podtrzymujące awelumabem pierwszego rzutu raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których nie doszło do progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie urotelialnego raka pęcherza moczowego, lub miedniczki nerkowej, lub cewki moczowej, lub moczowodu lub gruczołu krokowego;</li> <li>2) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia;</li> <li>3) nieobecność progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny (po zastosowaniu 4-6 cykli cisplatyny z gemcytabiną lub karboplatyny z gemcytabiną);</li> <li>4) zachowanie okresu bez leczenia wynoszącego od 4 do 10 tygodni od ostatniego podania chemioterapii paliatywnej;</li> <li>5) obecność zmian mierzalnych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 przed otrzymaniem chemioterapii paliatywnej;</li> <li>6) stan sprawności 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawka awelumabu: <b>800 mg</b></p> <p>Każdy cykl obejmuje <b>2 tygodnie</b> leczenia</p> <p>Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia raka urotelialnego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</li> <li>7) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH);</li> <li>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;</li> <li>10) oznaczenie stężenia glukozy;</li> <li>11) oznaczenie antygeny HBs (Hbs Ag);</li> <li>12) oznaczenie przeciwciał anty HCV;</li> <li>13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</li> <li>14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>15) TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;</li> <li>16) RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;</li> </ol>

<p>ECOG;</p> <p>7) wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>8) nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych wynikających z przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym, które wymagają potrzeby zwiększania dawki leków steroidowych w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy);</p> <p>9) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);</p> <p>10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych, których przebieg może ulec pogorszeniu w trakcie leczenia stymulującego układ immunologiczny, z wyjątkiem cukrzycy typu 1, bielactwa, łuszczycy, niedoczynności lub nadczynności tarczycy, które nie wymagają leczenia immunosupresyjnego;</p> <p>11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS;</p> <p>12) w przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję;</p> <p>13) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby;</p> <p>14) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii awelumabem;</p> <p>15) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących</p>		<p>17) TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów);</p> <p>18) elektrokardiogram (EKG);</p> <p>19) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych;</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></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>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>7) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>1) co 2 tygodnie w przypadku morfologii krwi z rozmazem (po okresie 3 miesięcy leczenia co 8 tygodni);</p> <p>2) co 8 tygodni w przypadku pozostałych badań.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) TK lub MR odpowiedniego obszaru;</p>
---	--	---

<p>stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka urotelialnego;</p> <p>16) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi pozwalająca na zastosowanie leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>17) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym;</p> <p>18) brak przeciwwskazań do stosowania awelumabu określonych w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>19) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z rakiem urotelialnym w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia, otrzymujący leczenie podtrzymujące awelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i</p>		<p>2) RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie TK;</p> <p>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>4) co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;</p> <p>5) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST 1.1.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w 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>
--	--	--



bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane.

### 1.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z kryteriami RECIST 1.1.;
- 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;
- 3) wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE;
- 4) wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2.);
- 5) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 2- 4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;
- 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą 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.

Załącznik B.142.

## LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZESPOŁAMI MIELODYSPLASTYCZNYMI Z TOWARZYSZĄCĄ NIEDOKRWISTOŚCIĄ ZALEŻNĄ OD TRANSFUZJI (ICD-10: D46.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci w wieku 18 lat i powyżej, z:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) anemią zależną od przetoczeń (<math>\geq 2</math> jednostki kkcw w okresie 8 tygodni w ciągu 16 tygodni przed kwalifikacją do programu);</li> <li>2) w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku wg R-IPSS;</li> <li>3) z syderoblastami pierścieniowymi (MDS-RS definiowane jest przy <math>\geq 15\%</math> syderoblastów pierścieniowych lub <math>\geq 5\%</math> syderoblastów pierścieniowych w przypadku obecności mutacji <i>SF3BI</i>);</li> <li>4) u których wystąpiła niedostateczna odpowiedź na leczenie lekami stymulującymi erytropoezę, lub którzy nie kwalifikują się do takiego leczenia - zgodnie z aktualnie obowiązującymi wytycznymi;</li> <li>5) jeśli do programu kwalifikowane są kobiety mogące zajść w ciążę muszą stosować skuteczną metodę antykoncepcji w trakcie leczenia i przez okres co najmniej 3 miesiące po przyjęciu ostatniej dawki leku.</li> </ol> <p>Wszystkie powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku (wg R-IPSS), z syderoblastami pierścieniowymi, leczeni luspaterceptem w ramach innego</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa luspaterceptu to 1,0 mg/kg m.c. raz na 3 tygodnie.</p> <p>W przypadku pacjentów, którzy nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek w dawce początkowej wynoszącej 1,0 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,33 mg/kg m.c.</p> <p>Jeśli pacjenci nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek wynoszących 1,33 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,75 mg/kg m.c.</p> <p>Zwiększanie dawki nie powinno następować częściej niż co 6 tygodni (2 podania) i nie powinno przekraczać maksymalnej dawki wynoszącej 1,75 mg/kg m.c. co 3 tygodnie.</p> <p>Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p><b>1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie mutacji <i>SF3BI</i> u chorych z obecnością syderoblastów pierścieniowych <math>\geq 5\%</math> i <math>\leq 15\%</math>;</li> <li>3) test ciążyowy przed rozpoczęciem leczenia u kobiet mogących zajść w ciążę.</li> </ol> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi obwodowej przed każdym podaniem luspaterceptu.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> </ol>

<p>sposobu finansowania terapii, jeśli w momencie włączenia luspaterceptu spełnione były ww. kryteria kwalifikacji.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak odpowiedzi na leczenie ocenionej po 8 cyklach leczenia; odpowiedź na leczenie definiuje się jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<ol style="list-style-type: none"><li>a) okres niezależności od przetoczeń kkc <math>\geq 8</math> tyg.,</li><li>b) zmniejszenie o co najmniej 50% liczby jednostek przetoczonych przez okres min 8 tyg. względem analogicznego okresu przed włączenie pacjenta do programu,</li><li>c) poprawa stężenia hemoglobiny o <math>\geq 1,5</math> g/dl wykazana w <math>\geq 2</math> kolejnych pomiarach i utrzymanej przez <math>\geq 8</math> tyg. w porównaniu do średniej z 2 pomiarów w okresie 16 tygodni poprzedzających włączenie pacjenta do programu;</li></ol></li><li>2) brak zmniejszenia zależności od przetoczeń po 3 cyklach leczenia przy maksymalnym poziomie dawki luspaterceptu;</li><li>3) nadwrażliwość na luspatercept lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>4) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie zgodnie z ChPL;</li><li>5) progresja choroby podstawowej (MDS);</li><li>6) ciąża;</li><li>7) odmowa stosowania przez kobiety mogące zajść w ciążę skutecznej metody antykoncepcji.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>2) uzupełnianie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	--	--

Załącznik B.143.

## LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ (ICD-10: E71.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) hiperamonemia rozpoznana przy stężeniu amoniaku:</p> <p>a) &gt;90 <math>\mu\text{mol/l}</math> u dzieci,</p> <p>b) &gt;50 <math>\mu\text{mol/l}</math> u dorosłych,</p> <p>w przebiegu acydurii propionowej, metylomalonowej oraz izowalerianowej zdiagnozowanej na podstawie analizy profilu kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS i profilu acylokarnityn we krwi metodą tandem MS.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Początkowa dawka dobową powinna wynosić 100 mg/kg, w razie potrzeby do 250 mg/kg.</p> <p>Następnie dawkę należy dostosować indywidualnie tak, aby utrzymać prawidłowe stężenie amoniaku w osoczu wg zasad opisanych w ChPL.</p> <p>Do tabletek należy dodać co najmniej 5-10 ml wody, do powstania zawiesiny i połączyć natychmiast lub podać szybko strzykawką przez zgłąbnyk nosowo-żołądkowy.</p> <p>Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii, informacji w zakresie leczenia pacjenta kwasem kargluminowym obecnie oraz w przeszłości) oraz opis badania przedmiotowego;</li> <li>2) stężenie amoniaku w osoczu;</li> <li>3) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu/surowicy;</li> <li>4) morfologia z rozmazem;</li> <li>5) gazometria krwi;</li> <li>6) profil kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS;</li> <li>7) profil acylokarnityn w suchej kropli krwi;</li> <li>8) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/wysokości ciała, BMI);</li> <li>9) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej;</li> <li>10) ciśnienie tętnicze krwi;</li> <li>11) EKG;</li> </ol>

<p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;</li><li>2) wystąpienie nadwrażliwości na kwas kargluminowy lub którykolwiek z pozostałych składników leku;</li><li>3) ciąża lub karmienie piersią;</li><li>4) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>12) konsultacja neurologiczna;</li><li>13) konsultacja dietetyczna;</li><li>14) konsultacja psychologiczna.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Co najmniej raz na 180 dni ocena stanu pacjenta oraz skuteczności terapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego;</li><li>2) stężenie amoniaku w osoczu;</li><li>3) gazometria krwi;</li><li>4) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu /surowicy;</li><li>5) morfologia z rozmazem;</li><li>6) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/ wysokości ciała, BMI);</li><li>7) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej;</li><li>8) EKG;</li><li>9) konsultacja neurologiczna;</li><li>10) konsultacja dietetyczna;</li><li>11) konsultacja psychologiczna w zależności od potrzeb;</li><li>12) badanie EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach).</li></ol> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.</p>
---	--	---

		<p>Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.1;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.144.

## LECZENIE PACJENTÓW Z GUZAMI LITYMI Z FUZJĄ GENU RECEPTOROWEJ KINAZY TYROZYNOWEJ DLA NEUROTROFIN (NTRK)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne nowotworu litego;</li> <li>2) obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, <i>next-generation sequencing</i>) wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;</li> <li>3) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym lub nowotwór, w przypadku którego resekcja chirurgiczna prawdopodobnie doprowadzi do poważnych i niekorzystnych następstw zdrowotnych;</li> <li>4) wyczerpanie możliwości terapeutyczne lub brak innych terapii, dla których potwierdzono korzyści kliniczne w danym wskazaniu, ustalone na podstawie dokumentacji medycznej przez Zespół Koordynacyjny;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leku w programie</b></p> <p>Zalecana dawka larotrektylibu u dorosłych to 100 mg dwa razy na dobę.</p> <p>Zalecana dawka u dzieci i młodzieży to 100 mg/m<sup>2</sup> larotrektylibu dwa razy na dobę, maksymalnie 100 mg na dawkę.</p> <p>Szczegółowy sposób modyfikacji dawki zawarty jest w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie obecności nowotworu litego;</li> <li>2) potwierdzenie obecności fuzji genu NTRK w materiale tkankowym uzyskanym z nowotworu na podstawie wyniku zwalidowanego testu z zastosowaniem molekularnych metod diagnostycznych;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>8) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>9) elektrokardiografia (EKG);</li> <li>10) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej;</li> <li>11) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.</li> </ol> <p><b>2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> </ol>

<p>5) obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (lub RANO w przypadku nowotworów OUN) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>6) stan sprawności:</p> <p>a) dorośli oraz dzieci w wieku co najmniej 16 lat 0-1 według w skali ECOG lub równoważny wynik w skali Karnofsky'ego,</p> <p>b) dzieci poniżej 16 r.ż. co najmniej 50 w skali Lansky'ego;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji ChPL;</p> <p>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji ChPL;</p> <p>9) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>		<p>2) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej;</p> <p>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>7) EKG.</p> <p>Wymienione badania powinny być wykonywane co 4 tygodnie za wyjątkiem badania EKG – wg wskazań klinicznych.</p> <p><b>3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej;</p> <p>2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów OUN) w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Badania obrazowe wykonywane są co 4 tygodnie lub, w uzasadnionych przypadkach klinicznych, w terminie zgodnym z decyzją lekarza prowadzącego (powód uzasadnionej zmiany terminu badania powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta).</p> <p>W grupie pacjentów uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, częstotliwość wykonywania badań obrazowych może zostać ustalona indywidualnie przez Zespół Koordynacyjny.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p>
--	--	--



**3. Kryteria zakończenia udziału w programie**

- 1) stwierdzenie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym (jeśli z uwagi na charakter choroby taka ocena jest możliwa i miarodajna) lub obrazowym na podstawie kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów w OUN);
- 2) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE lub wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE.) zgodnie z zapisami ChPL;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie nadwrażliwości na larotrekty nib lub na substancję pomocniczą;
- 5) obniżenie sprawności:
  - a) o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów Zubroda-WHO,
  - b) wynik w skali Karnofsky'ego lub w skali Lansky'ego poniżej 50;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia larotrekty nibem ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

- całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

**4. Monitorowanie programu**

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

Załącznik B.145.

**LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWĄ AMYLOIDOZĘ ŁAŃCUCHÓW LEKKICH (AL) (ICD-10: E85.8)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) udostępnia się terapię:</p> <p>1) w I linii leczenia: <i>daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>uprzednio nieleczona układowa amyloidozę łańcuchów lekkich (AL);</li> <li>eGFR <math>\geq 20</math> ml/min/1,73m<sup>2</sup> pc.;</li> <li>stężenie NT-proBNP <math>\leq 8\ 500</math> ng/l;</li> <li>skurczowe ciśnienie krwi <math>\geq 90</math>mmHg;</li> <li>brak niewydolności serca w stopniu IIIB i IV wg klasyfikacji NYHA;</li> <li>brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego;</li> <li>brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. <i>daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i></b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Daratumumab</u> s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. Maksymalny czas leczenia daratumumabem wynosi 24 cykle.</p> <p><u>Bortezomib</u>: zalecana dawka 1,3 mg/m<sup>2</sup> pc. podawana podskórnym w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli.</p> <p><u>Cyklofosfamid</u>: zalecana dawka 300 mg/m<sup>2</sup> pc. podawana doustnie lub dożylnie (dawka maksymalna 500 mg) w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka 40 mg (lub w zmniejszonej dawce 20 mg u pacjentów: w wieku &gt; 70 lat lub ze wskaźnikiem masy ciała [BMI] &lt;18,5 lub u pacjentów z hiperwolemią, źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją steroidów),</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>badania potwierdzające diagnozę układowej amyloidozę AL: <ol style="list-style-type: none"> <li>wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwieńią Kongo,</li> <li>bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin,</li> <li>wykazanie monoklonalnego rozrostu plazmocytołów na podstawie stwierdzenia białka M (badanie elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu) lub dysproporcji sFLC (badanie wolnych łańcuchów lekkich w surowicy) lub obecności klonalnych plazmocytołów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne);</li> </ol> </li> <li>ocena zajęcia narządowego – serce: <ol style="list-style-type: none"> <li>oznaczenie stężenia NT-proBNP,</li> <li>oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I,</li> <li>pomiar wartości ciśnienia tętniczego,</li> <li>badanie echokardiograficzne serca,</li> <li>elektrokardiografia (EKG),</li> <li>rezonans magnetyczny serca (jeśli jest wskazany);</li> </ol> </li> <li>ocena zajęcia narządowego – wątroba:</li> </ol>

<p>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>12) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż:</p> <p>1) maksymalny czas terapii <i>daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i> w I linii leczenia wynosi 24 cykle (96 tygodni), w tym <i>daratumumab</i> z <i>bortezomibem</i>, <i>cyklofosfamidem</i> i <i>deksametazonem</i> podawany jest przez 6 pierwszych cykli, natomiast przez kolejne 18 cykli <i>daratumumab</i> jest podawany w monoterapii.</p>	<p>podawana doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>Przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.</p>	<p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>c) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej,</p> <p>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</p> <p>e) ultrasonografia (USG) wątroby;</p> <p>4) ocena zajęcia narządowego – nerki:</p> <p>a) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>c) oznaczenie klirensu kreatyniny;</p> <p>5) ocena zajęcia narządowego – inne narządy (jeśli klinicznie uzasadnione);</p> <p>6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>7) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC);</p> <p>8) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a).</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>6) oznaczenie klirensu kreatyniny;</p>
---	--	--

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 3 cyklach leczenia) definiowana jako:<ol style="list-style-type: none"><li>a) wystąpienie progresji hematologicznej (na podstawie stężenia białka M i sFLC),</li></ol></li><li>lub</li><li>b) wystąpienie progresji narządowej (serca, nerek lub wątroby);</li><li>2) brak co najmniej bardzo dobrej odpowiedzi częściowej (VGPR) po 6 cyklach leczenia;</li><li>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li><li>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>7) oznaczenie stężenia NT-proBNP;</li><li>8) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać po 3 i 6 cyklu leczenia, a następnie przy podejrzeniu utraty odpowiedzi lub progresji, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu;</li><li>2) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC);</li><li>3) w przypadku zajęcia serca: oznaczenie stężenia NT-proBNP;</li><li>4) w przypadku zajęcia wątroby:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej,</li><li>b) ultrasonografia (USG) wątroby;</li></ol></li><li>5) w przypadku zajęcia nerek:<ol style="list-style-type: none"><li>a) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu,</li><li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>c) oznaczenie klirensu kreatyniny;</li></ol></li><li>6) dodatkowo inne badania w przypadku zajęcia narządu innego niż serce, wątroba lub nerki (jeśli klinicznie uzasadnione);</li></ol> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p>
--	--	--

		<p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:<ol style="list-style-type: none"><li>a) odpowiedź hematologiczna:<ul style="list-style-type: none"><li>– całkowita odpowiedź (CR),</li><li>– bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),</li><li>– częściowa odpowiedź (PR),</li><li>– brak odpowiedzi (NR),</li><li>– progresja choroby (PD),</li></ul></li><li>b) odpowiedź narządowa (sercowa, nerkowa, wątrobowa – jeśli dotyczy),</li><li>c) przeżycie bez progresji choroby (PFS),</li><li>d) przeżycie całkowite (OS);</li></ol></li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie</li></ol>
--	--	--

---

		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

Załącznik B.146.

**LECZENIE CHORYCH NA MAKROGLOBULINEMIĘ WALDENSTRÖMA (ICD-10: C88.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego chorym na makroglobulinemię Waldenströma udostępnia się terapię <i>zanubrutynibem</i> w <i>monoterapii</i>:</p> <p>1) w I linii leczenia u chorych niekwalifikujących się do immunochemioterapii, albo</p> <p>2) w II i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</p> <p>3) potwierdzone rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma u pacjenta:</p> <p>a) uprzednio nieleczonego i niekwalifikującego się do immunochemioterapii, albo</p> <p>b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej linii leczenia;</p> <p>4) obecność wskazań do leczenia według aktualnych zaleceń International Workshop on Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM);</p>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p><b>1.1. zanubrutynib w monoterapii</b></p> <p>Zalecana dawka zanubrutynibu wynosi 320 mg na dobę.</p> <p>Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę, albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leku</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram i immunofiksacja);</p> <p>2) badanie potwierdzające rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma – trepanobiopsja szpiku wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym klonalny naciek chłoniaka limfoplazmocytozy – w przypadku stosowania zanubrutynibu w I linii leczenia – o ile nie było wykonane wcześniej;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych);</p> <p>4) ocena wydolności nerek:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</p> <p>c) oznaczenie wskaźnika eGFR;</p> <p>5) ocena wydolności wątroby:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p>

- 5) liczba neutrofilii  $\geq 0,75 \times 10^9/l$  i liczba płytek krwi  $\geq 50 \times 10^9/l$  (niezależnie od stosowania G-CSF i transfuzji płytek krwi);
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 7) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 10) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
- 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
- 12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

- 6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);
- 7) badania oceniające zaawansowanie choroby (tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy albo rezonans magnetyczny albo USG jamy brzusznej oraz RTG klatki piersiowej – rodzaj badania do decyzji lekarza) – jeśli nie zostały wykonane w okresie ostatniego 1 miesiąca;
- 8) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
- 9) elektrokardiografia (EKG);
- 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

## 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania wykonywane:

- 1) raz na miesiąc:
  - a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych);
  - b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
  - c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
  - d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
  - e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
- 2) raz na 3 miesiące:
  - a) elektrokardiografia (EKG).

## 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami:



<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie leczenia;</li><li>2) transformacja makroglobulinemii Waldenströma w agresywnego chłoniaka;</li><li>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li><li>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) raz na 3 miesiące – oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram, a w razie potrzeby immunofiksacja);</li><li>2) raz na 6 miesięcy – badania oceniające zaawansowanie choroby (USG lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) – konieczność wykonywania badań obrazowych oraz rodzaj badania do decyzji lekarza.</li></ol> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:<ol style="list-style-type: none"><li>a) całkowita odpowiedź (CR),</li><li>b) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),</li><li>c) częściowa odpowiedź (PR),</li></ol></li></ol>
--	--	---

		<p>d) mniejsza odpowiedź (MR), e) choroba stabilna (SD), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) przeżycie całkowite (OS);</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

Załącznik B.147.

**LECZENIE CHORYCH NA DEPRESJĘ LEKOOPORNĄ (ICD-10: F33.1, F33.2)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <p>Do leczenia <i>esketaminą</i> w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek od ukończenia 18 roku życia do 75 roku życia;</li> <li>2) potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej wg obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F33.1 i F33.2;</li> <li>3) aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim wg skali MADRS;</li> <li>4) przeciwwskazania lub oporność lub brak zgody pacjenta na terapię elektrowstrząsami;</li> <li>5) potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne (stosowane w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych) w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego;</li> <li>6) nie więcej niż 5 różnych leków przeciwdepresyjnych w bieżącym epizodzie depresji;</li> <li>7) co najmniej drugi epizod depresji;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Pacjenci poniżej 65 r.ż.</b></p> <p><b>Faza indukcji:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>tygodnie 1-4:</b> pierwsze podanie 56 mg, kolejne podania 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu.</li> </ul> <p>Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.</p> <p><b>Faza podtrzymująca:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>tygodnie 5-8:</b> 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu,</li> <li>– <b>od 9 tygodnia:</b> 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu.</li> </ul> <p>Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.</p> <p><b>1.2. Pacjenci od 65 roku życia</b></p> <p><b>Faza indukcji:</b></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena nasilenia depresji wg skali MADRS;</li> <li>2) badanie psychiatryczne mające na celu udokumentowanie wykluczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zaburzeń osobowości,</li> <li>b) choroby afektywnej dwubiegunowej,</li> <li>c) uzależnienia od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków;</li> </ol> </li> <li>3) aktywność aminotransferaz (ASPAT, AIAT);</li> <li>4) badanie poziomu TSH;</li> <li>5) pomiar ciśnienia krwi;</li> <li>6) test ciążyowy w celu wykluczenia ciąży – w przypadku kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar ciśnienia krwi (przed podaniem leczenia oraz około 40 minut po podaniu dawki, a następnie, zgodnie z potrzebą kliniczną);</li> <li>2) ocena pod kątem rozwoju zachowań lub stanów nadużywania lub niewłaściwego stosowania leku.</li> </ol>

<p>8) obecny epizod trwający co najmniej 6 miesięcy wg daty pierwszej wizyty lekarskiej związanej z leczeniem tego epizodu;</p> <p>9) wykluczenie rozpoznania zaburzeń osobowości typu <i>borderline</i> lub choroby afektywnej dwubiegunowej;</p> <p>10) brak historii uzależnień w wywiadzie (uzależnienie od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków);</p> <p>11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>12) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;</p> <p>13) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni esketaminą w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu - przy czym maksymalny czas leczenia w programie wynosi 8 miesięcy (łącznie faza indukcji i faza podtrzymania).</p> <p>Pod koniec fazy indukcji (po 4 tygodniach leczenia) należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.</p>	<p>– <b>tygodnie 1-4:</b> pierwsze podanie 28 mg, kolejne podania 28 mg, 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu.</p> <p>Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.</p> <p>Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.</p> <p><b>Faza podtrzymująca:</b></p> <p>– <b>tygodnie 5-8:</b> 28 mg, 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu,</p> <p>– <b>od 9 tygodnia:</b> 28 mg, 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu.</p> <p>Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.</p> <p>Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.</p> <p><b>1.3.</b> W fazie podtrzymującej zaleca się utrzymanie dawki, którą pacjent otrzymuje na końcu fazy indukcji. Podczas fazy podtrzymującej, w celu utrzymania remisji/odpowiedzi należy indywidualnie dostosować dawkowanie produktu leczniczego do najniższej częstości podawania.</p>	<p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) ocena nasilenia objawów według skali MADRS:</p> <p>a) w fazie indukcji:</p> <p>– jeden raz w tygodniu,</p> <p>– po koniec fazy indukcji w celu oceny <b>skuteczności terapii</b> warunkującej kontynuację leczenia - zgodnie z pkt 1 kryteriów wyłączenia,</p> <p>b) w fazie podtrzymującej:</p> <p>– przy każdym podaniu leku w celu oceny ewentualnej <b>utruty skuteczności terapii</b> (nawrót choroby) – zgodnie z pkt 2 kryteriów wyłączenia lub <b>uzyskania remisji</b> (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS &lt; 10) lub <b>trwałej remisji</b> (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS &lt; 10 uzyskany w każdym kolejnym badaniu).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia (wynik w skali MADRS, redukcja wyniku w skali MADRS pod koniec fazy indukcji, utrata skuteczności terapii, remisja) z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej,</p>
---	--	---

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak potwierdzonej <b>skuteczności leczenia</b> pod koniec fazy indukcji (redukcja wyniku w skali MADRS o mniej niż 50% w porównaniu do wyniku z badania kwalifikującego do programu);</li><li>2) <b>utrata skuteczności terapii</b> w trakcie leczenia podtrzymującego (wynik w skali MADRS &gt; 22 w trakcie dwóch kolejnych badań);</li><li>3) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocnicze;</li><li>4) wystąpienie działań niepożądanych związanych ze stosowaniem leku uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</li><li>5) hospitalizacja z powodu nasilenia się depresji lub innego klinicznie istotnego zdarzenia określonego na podstawie oceny klinicznej jako wskazującego na nawrót choroby depresyjnej takiej jak - próby samobójcze lub hospitalizacja w celu zapobiegania samobójstwom;</li><li>6) zmiana towarzyszącego leczenia przeciwdepresyjnego (z przyczyn innych niż nietolerancja doustnego leku przeciwdepresyjnego).</li></ol>		zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

Załącznik B.148.

**LECZENIE CHORYCH NA RAKA ENDOMETRIUM (ICD-10:C54)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie pacjentek z nawrotowym lub zaawansowanym rakiem endometrium substancją czynną <i>dostarlimab</i>.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzenie nawrotowego lub zaawansowanego (stadium <math>\geq</math>IIIB) raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego;</li> <li>2) wystąpienie progresji zaawansowanego lub nawrotowego raka endometrium w trakcie lub po zakończeniu wcześniejszego schematu chemioterapii dwulekowej zawierającego platynę;</li> <li>3) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instabilityhigh, MSIH) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</li> <li>4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</li> <li>5) wcześniejsze leczenie terapiami hormonalnymi jest dopuszczalne i nie wlicza się do liczby zastosowanych terapii;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Dostarlimab</b></p> <p>Zalecana dawka w monoterapii wynosi 500 mg dostarlimabu co 3 tygodnie w pierwszych 4 cyklach, a następnie 1000 mg co 6 tygodni we wszystkich kolejnych cyklach (3 tygodnie pomiędzy cyklem 4, a cyklem 5).</p> <p>Nie zaleca się zmniejszania dawki. Dostarlimab należy trwale odstawić, jeśli uszkodzenie wątroby nie ulegnie poprawie do co najmniej 1. stopnia według NCI-CTC w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki, a dawka kortykosteroidów nie może być zmniejszona do 10 mg lub mniej prednizolonu na dobę w ciągu 12 tygodni lub równoważnej dawki na dobę w ciągu 12 tygodni lub jakkolwiek reakcji NCI-CTC stopnia 3 lub wyższego.</p> <p>Pozostałe szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej;</li> <li>6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT);</li> <li>7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);</li> <li>8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;</li> <li>9) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>10) badanie TK lub MR jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p>

<p>6) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>7) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;</p> <p>8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>12) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni dostarlimabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p>zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;</li><li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li><li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li><li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej;</li><li>6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT);</li><li>7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);</li><li>8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;</li><li>9) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania laboratoryjne krwi wykonuje się co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie TK lub MR jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała powinny być wykonywane co 3 miesiące przez 12 miesięcy i następnie co 6 miesięcy.</li><li>2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.</p>
---	--	---

**3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na dostarlimab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, potwierdzonej na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;
- 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;
- 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią.
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

**3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.



Załącznik B.149.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI (ICD-10: T86.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego pacjentom z:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ostrą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD), albo</li> <li>2) przewlekłą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD),</li> </ol> <p>udostępnia się terapię ruksolitynibem <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególniej terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjent z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</li> <li>2) wiek 12 lat i powyżej;</li> <li>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p><b>1.1. ruksolitynib</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa ruksolitynibu w leczeniu ostrej i przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg).</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leku</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi;</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>3) ocena wydolności nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>4) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane nie rzadziej niż co 14 dni: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.</li> </ol> </li> </ol>

- 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
- 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
- 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

#### **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)**

- 1) rozpoznanie ostrej (stopnia II do IV) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC;
- 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych:
  - a) progresja choroby w zakresie jakiegokolwiek narządu w ciągu 5 dni od rozpoczęcia stosowania dawki  $\geq 2,0$  mg/kg mc., a w przypadku aGvHD w stopniu II przynajmniej 0,5mg/kg mc. metyloprednizolonu lub jego odpowiednika,
  - b) brak odpowiedzi na kortykosteroidy w ciągu 7 dni,
  - c) niecałkowita odpowiedź na leki immunosupresyjne w tym kortykosteroidy po 28 dniach stosowania.

#### **2.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)**

- 1) badanie wykonywane co 2-4 tygodnie – morfologia krwi;
- 2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 4 tygodnie:
  - a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
  - b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),
  - c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 3) w zależności od sytuacji klinicznej – badania w kierunku zakażeń wirusowych (np. CMV, EBV, BKV, Parwovirus B19 i innych).

#### **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

##### **3.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)**

- 1) nie rzadziej niż co 14 dni – ocena stopnia nasilenia objawów aGvHD według kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC.

##### **3.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)**

- 1) nie rzadziej niż co 28 dni – ocena stopnia nasilenia objawów cGvHD według kryteriów np. NIH (National Institutes of Health).

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona według tych samych kryteriów dla oceny stopnia nasilenia objawów, które były zastosowane podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia i powinna pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

**1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)**

- 1) rozpoznanie przewlekłej (umiarkowanej lub ciężkiej) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. NIH (National Institutes of Health);
- 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych:
  - a) progresja objawów ciężkiej cGvHD w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce  $\geq 1,0$  mg/kg mc, a w przypadku cGvHD umiarkowanej – w dawce  $\geq 0,5-1,0$  mg/kg mc. lub odpowiednika przez 2 tygodnie,
  - b) stabilizacja objawów w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce  $\geq 0,5$  mg/kg mc. lub odpowiednika przez miesiąc,
  - c) nawrót objawów przy próbie odstawienia metyloprednizolonu lub odpowiednika.

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

**2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż leczenie trwa maksymalnie do

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

**4. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
  - a) w przypadku aGvHD:
    - całkowita odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,
    - częściowa odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,
    - brak odpowiedzi (NR),
  - b) w przypadku cGvHD:
    - całkowita odpowiedź na leczenie,
    - częściowa odpowiedź na leczenie,
    - brak odpowiedzi (NR),
  - c) przeżycie całkowite (OS);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

czasu ustąpienia wszystkich objawów choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi z uwzględnieniem czasu potrzebnego do stopniowej redukcji dawki ruksolitynibu po uzyskaniu odpowiedzi na leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi;
- 2) brak jakiegokolwiek odpowiedzi na leczenie po maksymalnie:
  - a) 8 tygodniach w przypadku aGvHD,
  - b) 24 tygodniach w przypadku cGvHD;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

Załącznik B.150.

**LECZENIE CHORYCH Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM (TRU, SLE) (ICD-10: M32)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapię:</p> <p>1) <i>anifrolumabem</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) pacjenci w wieku <math>\geq 18</math> lat:</p> <p>a) z rozpoznaniem TRU na podstawie obowiązujących kryteriów klasyfikacyjnych EULAR/ACR,</p> <p>oraz</p> <p>b) z aktywną chorobą definiowaną jako:</p> <p>i. wartość SLEDAI-2K <math>\geq 6</math>, w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K <math>\geq 4</math>,</p> <p>lub</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka anifrolumabu to podanie 300 mg co 4 tygodnie w infuzji dożyłnej trwającej 30 minut.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;</p> <p>4) płytki krwi (PLT);</p> <p>5) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy;</p> <p>6) aminotransferaza asparaginianowa (ALT);</p> <p>7) aminotransferaza alaninowa (AST);</p> <p>8) kinaza kreatynowa (CK);</p> <p>9) badanie ogólne moczu;</p> <p>10) białko w dobowej zbiorce moczu w przypadku dodatniego wyniku badania ogólnego moczu;</p> <p>11) miano p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF;</p> <p>12) profil ANA (w przypadku dodatniego miana ANA);</p> <p>13) dsDNA;</p> <p>14) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4;</p> <p>15) stężenie IgG, IgM, IgA (do decyzji lekarza);</p> <p>16) test Quantiferon;</p>

<p>ii. ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 <math>\geq 1</math> A lub <math>\geq 2</math> B,</p> <p>oraz</p> <p>iii. wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali 0-3 (PGA) <math>&gt; 1</math>,</p> <p>pomimo stosowania GKS w przeliczeniu na prednizon w dawce <math>&gt; 7,5</math> mg/dobę oraz co najmniej dwóch leków spośród rekomendowanych dla danej postaci klinicznej TRU, jak metotreksat lub mykofenolan mofetylu lub cyklofosfamid lub azatiopryna lub leki antymalaryczne lub inhibitory kalcyneuryny lub immunoglobuliny lub rytuksymab zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, jeśli zastosowanie danego leku nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania;</p> <p>2) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</p> <p>4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR /PTR;</p>		<p>17) obecność antygeny HBs;</p> <p>18) przeciwciała anty-HBc;</p> <p>19) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>20) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>21) EKG;</p> <p>22) RTG lub TK klatki piersiowej (maksymalnie do 6 m-cy przed kwalifikacją);</p> <p>23) stężenie prokalcytoniny (do decyzji lekarza);</p> <p>24) test ciążowy (do decyzji lekarza);</p> <p>25) USG stawów (do decyzji lekarza);</p> <p>26) echo serca (do decyzji lekarza);</p> <p>27) EMG (do decyzji lekarza).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) i po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania leku należy wykonać:</p> <p>a) stężenie CRP,</p> <p>b) morfologię krwi,</p> <p>c) płytki krwi (PLT),</p> <p>d) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy,</p> <p>e) AST i ALT,</p> <p>f) CK (do decyzji lekarza),</p> <p>g) badanie ogólne moczu,</p> <p>h) białko w dobowej zbiorce moczu (do decyzji lekarza),</p> <p>i) dsDNA,</p> <p>j) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4,</p>
--	--	--

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

## 2. Czas leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6-12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc). Miernikiem adekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie wymienionych kryteriów odpowiedzi SRI-4 (a-c) lub BICLA (d-f) lub uzyskanie niskiej aktywności LLDAS (g-i) lub zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby (j):
  - a) zmniejszenie wartości SLEDAI-2K  $\geq 4$ ,
  - b) brak pogorszenia w innych układach narządów,
  - c) brak pogorszenia PGA  $\geq 0,3$ ,  
lub
  - d) poprawa wszystkich wyjściowych ocen A do B/C/D oraz ocen B do C/D w skali BILAG-2004,
  - e) brak pogorszenia w innych układach narządów,
  - f) brak pogorszenia PGA  $\geq 0,3$  w skali 0-3,  
lub

oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 6 -12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

## 3. Monitorowanie programu

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

<p>g) wartość SLEDAI-2K <math>\leq 4</math> lub wartość klinicznego SLEDAI-2K <math>\leq 2</math>,</p> <p>h) wartość PGA <math>\leq 1</math>,</p> <p>i) aktualnie przyjmowana dawka GKS w przeliczeniu na prednizon <math>\leq 7,5</math> mg/dobę,</p> <p>lub</p> <p>j) zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby definiowane jako co najmniej jedna nowa ocena A lub co najmniej dwie nowe oceny B w skali BILAG-2004 w odniesieniu do okresu 12 miesięcy poprzedzających leczenie w programie;</p> <p>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> <p><b>4. Kryteria ponownego włączenia do programu</b></p> <p>1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót</p>		
---	--	--



<p>aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;</p> <p>2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;</p> <p>3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.</p>		
---	--	--

## 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	Abirateroni acetat	Abiral, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05901720140555	<1>2023-01-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3240,00	3402,00	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
2	Abirateroni acetat	Abiraterone Accord, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05055565780886	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3402,00	3572,10	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
3	Abirateroni acetat	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powł., 250 mg	120 szt.	09008732014020	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3402,00	3572,10	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
4	Abirateroni acetat	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	09008732014037	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3402,00	3572,10	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
5	Abirateroni acetat	Abiraterone Glenmark, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991472276	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3402,00	3572,10	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
6	Abirateroni acetat	Abiraterone Krka, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	03838989746711	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3348,00	3515,40	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
7	Abirateroni acetat	Abiraterone Orion, tabl. powł., 500 mg	56 szt.	05909991457037	<1>2023-01-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3024,00	3175,20	3175,20	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
8	Abirateroni acetat	Abiraterone Pharmascience, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991485764	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3348,00	3515,40	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
9	Abirateroni acetat	Abiraterone Richter, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991484651	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3402,00	3572,10	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
10	Abirateroni acetat	Abiraterone Sandoz, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05907626709872	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3240,00	3402,00	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
11	Abirateroni acetat	Abiraterone Sandoz, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05907626709865	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3240,00	3402,00	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
12	Abirateroni acetat	Abiraterone STADA, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991474102	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3348,00	3515,40	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
13	Abirateroni acetat	Abiraterone Vipharm, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05901812162175	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3348,00	3515,40	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
14	Abirateroni acetat	Grumabix, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05900411008624	2023-03-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3132,00	3288,60	3288,60	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
15	Abirateronum	Abiraterone Zentiva, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991469986	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3464,64	3637,87	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
16	Abirateronum	Zytiga, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991307080	<1>2022-09-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	10044,00	10546,20	3402,00	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
17	Acidum levofolonicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990648818	2022-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	56,16	58,97	58,97	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
18	Acidum levofolonicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 9 ml	05909990648825	2022-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	126,36	132,68	132,68	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
19	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	<1>2021-05-01/<2>2023-05-01	<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
20	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	05055565711958	<1>2022-01-01/<2>2023-05-01	<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
21	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

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
22	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2023-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	86,40	90,72	90,72	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
23	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	<1>2021-07-01/<2>2023-05-01	<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
24	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
25	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
26	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
27	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
28	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
29	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
30	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
31	Anagrelidum	Anagrelide Vipfarm, 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
32	Anagrelidum	Anagrelide Vipfarm, 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
33	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
34	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	64,80	68,04	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
35	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	64,80	68,04	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
36	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2022-11-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	91,80	96,39	96,39	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
37	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
38	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
39	Arsenii trioxidum	Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 fiol.	05055565763643	<1><2>2020-11-01/<3>2022-11-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	7236,00	7597,80	7597,80	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
40	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
41	Azacididine	Azacididine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05901797710859	<1>2021-05-01/<2>2023-05-01	3 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
42	Azaciditinum	Azacididine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05055565758359	<1>2020-11-01/<2>2022-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	537,84	564,73	564,73	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
43	Azaciditinum	Azacididine Betapharm, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	04251556500117	2023-09-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	398,52	418,45	418,45	C.69.a.	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
44	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991452001	<1>2021-07-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	422,28	443,39	443,39	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
45	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 150 mg	05909991451998	<1>2021-07-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	624,24	655,45	655,45	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
46	Azacitidinum	Azacitidine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.	07613421045159	2021-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	516,24	542,05	542,05	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
47	Azacitidinum	Azacitidine STADA, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991463489	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	410,40	430,92	430,92	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
48	Azacitidinum	Gerodaza, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	09008732013641	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	410,40	430,92	430,92	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
49	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991198183	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1566,00	1644,30	1644,30	C.67.	bezpłatny	0 zł
50	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991198145	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	391,50	411,08	411,08	C.67.	bezpłatny	0 zł
51	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (100 mg)	05902020241508	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	2241,00	2353,05	1644,30	C.67.	bezpłatny	0 zł
52	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (25 mg)	05902020241492	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	560,25	588,26	411,08	C.67.	bezpłatny	0 zł
53	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991267285	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	838,08	879,98	879,98	C.67.	bezpłatny	0 zł
54	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991267292	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	209,52	220,00	220,00	C.67.	bezpłatny	0 zł
55	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08436596260047	<1><3>2021-09-01/<2>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1836,00	1927,80	1927,80	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
56	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	08436596260030	<1><3>2021-09-01/<2><5>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	459,00	481,95	481,95	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
57	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	05909990010486	<1>2021-03-01/<2>2023-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01/<5>2023-07-01	<1>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1171,80	1230,39	481,95	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
58	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml	1 fiol.po 16 ml	05909990010493	<1>2021-03-01/<2>2023-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01	<1>3 lata/<2><3><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	4687,20	4921,56	1927,80	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
59	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08715131021870	<1><3>2021-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2165,83	2274,12	1927,80	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
60	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2021-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01/<5>2023-07-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	541,46	568,53	481,95	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
61	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05909991451349	<1><2><3>2022-03-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	1825,20	1916,46	1916,46	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
62	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><2><3><5>2022-03-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	456,30	479,12	479,12	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
63	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05996537007047	2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	1188,00	1247,40	1247,40	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
64	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	297,00	311,85	311,85	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
65	Bewacizumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05901797710989	<1><2><3>2021-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	1900,80	1995,84	1927,80	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
66	Bewacizumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	<1><2><3><5>2021-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	475,20	498,96	481,95	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
67	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
68	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
69	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990696963	2022-11-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	51,30	53,87	51,41	C.2.	bezpłatny	0 zł
70	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
71	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol. 6 ml	05055565749142	2023-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	216,00	226,80	194,40	C.76.	bezpłatny	0 zł
72	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05055565779859	2023-05-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	432,00	453,60	453,60	C.76.	bezpłatny	0 zł
73	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1,4 ml	05055565774137	2023-05-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	604,80	635,04	635,04	C.76.	bezpłatny	0 zł
74	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
75	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
76	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	05900411003193	2023-03-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	604,80	635,04	486,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
77	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
78	Bortezomibum	Bortezomib Aurovitas/Bortezomib Eugia, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991451813	2022-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	129,60	136,08	136,08	C.76.	bezpłatny	0 zł
79	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	04052682057427	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	124,20	130,41	130,41	C.76.	bezpłatny	0 zł

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	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	04052682057434	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	162,00	170,10	170,10	C.76.	bezpłatny	0 zł
81	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04052682056314	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	196,56	206,39	206,39	C.76.	bezpłatny	0 zł
82	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzenia 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
83	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzenia 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
84	Bortezomibum	Bortezomib SUN, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991351762	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	194,40	204,12	204,12	C.76.	bezpłatny	0 zł
85	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
86	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05907626707564	2023-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	16,20	17,01	17,01	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
87	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05907626707601	2022-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	162,00	170,10	170,10	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
88	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05907626707571	2023-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	32,40	34,02	34,02	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
89	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05907626707595	2022-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	81,00	85,05	85,05	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
90	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<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
91	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<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
92	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<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
93	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909991004736	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<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
94	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991004699	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<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
95	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909991011079	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<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
96	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991011239	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<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
97	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzenia 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
98	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzenia 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
99	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzenia 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
100	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzenia 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
101	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzenia 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

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	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909990450015	2022-09-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	24,62	25,85	25,85	C.6.	bezpłatny	0 zł
103	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990450022	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	45,90	48,20	48,20	C.6.	bezpłatny	0 zł
104	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990450039	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	139,32	146,29	146,29	C.6.	bezpłatny	0 zł
105	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990662753	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	186,84	196,18	196,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
106	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
107	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
108	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990776726	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	12,74	13,38	13,38	C.6.	bezpłatny	0 zł
109	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990851058	2022-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	131,76	138,35	138,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
110	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990477425	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	41,90	44,00	44,00	C.6.	bezpłatny	0 zł
111	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990477432	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	102,06	107,16	107,16	C.6.	bezpłatny	0 zł
112	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990477418	2022-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	24,84	26,08	26,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
113	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
114	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
115	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
116	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990958481	2022-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	9,03	9,48	9,48	C.11.	bezpłatny	0 zł
117	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990958504	2022-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	42,12	44,23	44,23	C.11.	bezpłatny	0 zł
118	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
119	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
120	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
121	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990713417	2022-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	759,73	797,72	797,72	C.12.	bezpłatny	0 zł
122	Clofarabinum	Clofarabine Norameda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991385569	2022-07-01	3 lata	1111.0, Klofarabina	2656,80	2789,64	2789,64	C.66.a.; C.66.b.	bezpłatny	0 zł
123	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
124	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
125	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
126	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
127	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
128	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
129	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
130	Dacarbazinum	Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg	10 fiol.po 100 mg	05909991029500	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	151,20	158,76	158,76	C.16.	bezpłatny	0 zł
131	Dacarbazinum	Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 1000 mg	05909991029807	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	151,20	158,76	158,76	C.16.	bezpłatny	0 zł
132	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fiol.po 200 mg	05909991029609	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	302,40	317,52	317,52	C.16.	bezpłatny	0 zł
133	Dacarbazinum	Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 500 mg	05909991029708	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	75,60	79,38	79,38	C.16.	bezpłatny	0 zł
134	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990739035	2021-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2771,17	2909,73	2909,73	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
135	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2021-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2771,17	2909,73	2909,73	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
136	Daunorubicini hydrochloridum + Cytarabinum	Vyxeos liposomal, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 44 + 100 mg	1 fiol.	00368727109827	2022-09-01	2 lata	1011.3, Daunorubicyna + Cytarabina	23878,80	25072,74	25072,74	C.83.	bezpłatny	0 zł
137	Dexamethasoni phosphas	Demezoon, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2023-09-01	3 lata	1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań	14,58	15,31	15,31	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
138	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
139	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
140	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
141	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
142	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990994557	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	32,40	34,02	34,02	C.19.	bezpłatny	0 zł
143	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990994564	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	129,60	136,08	136,08	C.19.	bezpłatny	0 zł
144	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990994601	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	259,20	272,16	272,16	C.19.	bezpłatny	0 zł
145	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
146	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
147	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



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	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
149	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
150	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
151	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
152	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
153	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
154	Doxorubicini hydrochloridum	Zolsketil pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania dyspersji do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	0505565781623	2023-05-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1004,40	1054,62	1054,62	C.22.	bezpłatny	0 zł
155	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	1054,62	C.22.	bezpłatny	0 zł
156	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
157	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
158	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
159	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
160	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
161	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
162	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
163	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
164	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991029869	2023-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	248,40	260,82	260,82	C.23.	bezpłatny	0 zł
165	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072477	2023-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	648,00	680,40	680,40	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
166	Erlotinibi hydrochloridum	Erlotinib Krka, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	03838989722128	2020-11-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	720,00	756,00	737,10	C.81.	bezpłatny	0 zł
167	Erlotinibi hydrochloridum	Erlotinib Krka, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	03838989722135	2020-11-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1080,00	1134,00	1105,65	C.81.	bezpłatny	0 zł
168	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991417680	2023-09-01	2 lata	1085.0, Erlotinib	702,00	737,10	737,10	C.81.	bezpłatny	0 zł
169	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909991417697	2023-09-01	2 lata	1085.0, Erlotinib	1053,00	1105,65	1105,65	C.81.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
170	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
171	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
172	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
173	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
174	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
175	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
176	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991198121	2023-03-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	20,52	21,55	21,55	C.24.	bezpłatny	0 zł
177	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>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
178	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>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
179	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2022-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	7938,00	8334,90	8334,90	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
180	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2022-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	3969,00	4167,45	4167,45	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
181	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>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
182	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>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
183	Everolimusum	Everolimus Vipham, tabl., 10 mg	30 szt.	05901812161307	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	4536,00	4762,80	4762,80	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
184	Everolimusum	Everolimus Vipham, tabl., 5 mg	30 szt.	05901812161277	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	2268,00	2381,40	2381,40	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
185	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	0505565713846	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	57,24	60,10	58,32	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
186	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	0505565713860	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	286,20	300,51	291,60	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
187	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	0505565713853	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	91,58	96,16	93,31	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
188	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	0505565713877	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	457,92	480,82	466,56	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
189	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
190	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
191	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
192	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687848	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	351,17	368,73	368,73	C.0.06.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
193	Fludarabini phosphas	Fludara Oral, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909991183325	2022-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabimum p.o.	1554,12	1631,83	1631,83	C.25.	bezpłatny	0 zł
194	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
195	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
196	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
197	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
198	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
199	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
200	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
201	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
202	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
203	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
204	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
205	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
206	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
207	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	816,48	C.27.	bezpłatny	0 zł
208	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
209	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
210	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
211	Gefitinibum	Gefitinib Alvogen/Gefitinib Zentiva, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05350586001683	2022-09-01	2 lata	1087.0, Gefitinibum	864,00	907,20	907,20	C.80.	bezpłatny	0 zł
212	Gefitinibum	Gefitinib Accord, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2022-09-01	2 lata	1087.0, Gefitinibum	1078,92	1132,87	907,20	C.80.	bezpłatny	0 zł
213	Gefitinibum	Gefitinib Sandoz, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	07613421021696	2022-11-01	2 lata	1087.0, Gefitinibum	1080,00	1134,00	907,20	C.80.	bezpłatny	0 zł
214	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

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
215	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	0590999076072	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	17,82	18,71	18,71	C.28.	bezpłatny	0 zł
216	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
217	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
218	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
219	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
220	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
221	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
222	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
223	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
224	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
225	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
226	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	0505565726983	<1><2><3>2023-09-01/<4>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	216,00	226,80	226,80	<1>>C.70.a.; <2>>C.70.b.; <3>>C.70.c.; <4>>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
227	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	0505565726990	<1><2><3>2023-09-01/<4>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	432,00	453,60	453,60	<1>>C.70.a.; <2>>C.70.b.; <3>>C.70.c.; <4>>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
228	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.; <4>>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
229	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.; <4>>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
230	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.; <4>>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
231	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.; <4>>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
232	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	0505565731345	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	162,00	170,10	170,10	C.35.	bezpłatny	0 zł
233	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	0505565731321	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	21,60	22,68	22,68	C.35.	bezpłatny	0 zł
234	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	0505565731352	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	270,00	283,50	283,50	C.35.	bezpłatny	0 zł
235	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	0505565731338	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	54,00	56,70	56,70	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
236	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
237	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
238	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
239	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
240	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	4446,96	4669,31	4669,31	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
241	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094416	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	2676,62	2810,45	2810,45	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
242	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	3557,78	3735,67	3735,67	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
243	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991466206	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1121,04	1177,09	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
244	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991450946	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1681,56	1765,64	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
245	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 20 mg	21 szt.	05909991450953	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2242,08	2354,18	2190,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
246	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991450960	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2802,60	2942,73	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
247	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991466220	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	560,52	588,55	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
248	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05055565770863	<1><2>2022-05-01/<3>2023-01-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
249	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05055565770870	<1>2022-05-01/<2>2023-01-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
250	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05055565770887	<1>2022-05-01/<2>2023-01-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
251	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05055565770856	<1><2>2022-05-01/<3>2023-01-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
252	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991472115	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
253	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991472207	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
254	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991472245	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
255	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991472092	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
256	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	08595112678558	<1><2>2022-07-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1948,21	2045,62	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
257	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	08595112678565	<1>2022-07-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2922,32	3068,44	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
258	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	08595112678572	<1>2022-07-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4870,53	5114,06	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
259	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	08595112678541	<1><2>2022-07-01/<3>2023-05-01	<1><3><2> lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	974,11	1022,82	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
260	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991425135	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
261	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991425159	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
262	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991425197	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
263	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991425098	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
264	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg	21 szt. (blister)	03838989737627	<1><2>2022-05-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1043,28	1095,44	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
265	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg	21 szt. (blister)	03838989737634	<1>2022-05-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1564,92	1643,17	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
266	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg	21 szt. (blister)	03838989737641	<1>2022-05-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2608,20	2738,61	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
267	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg	21 szt. (blister)	03838989737658	<1><2>2022-05-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	521,64	547,72	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
268	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991471965	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1043,28	1095,44	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
269	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991471972	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1564,92	1643,17	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
270	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991471996	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2608,20	2738,61	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
271	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991471941	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	521,64	547,72	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
272	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05901797710910	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1123,20	1179,36	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
273	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05901797710996	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1684,80	1769,04	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
274	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05901797710934	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2808,00	2948,40	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
275	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05901797710903	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	561,60	589,68	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
276	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991451431	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
277	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991451455	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
278	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991451493	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
279	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991451394	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
280	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05907626709094	<1><2>2022-05-01/<3><4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1043,28	1095,44	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
281	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05907626709100	<1>2022-05-01/<2><3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1564,92	1643,17	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
282	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05907626709124	<1>2022-05-01/<2><3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2608,20	2738,61	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
283	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05907626709070	<1><2>2022-05-01/<3><4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	521,64	547,72	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
284	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 10 mg	21 szt. (blister)	05909991470302	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
285	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 15 mg	21 szt. (blister)	05909991470319	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
286	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 25 mg	21 szt. (blister)	05909991470333	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
287	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 5 mg	21 szt. (blister)	05909991470258	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
288	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991447830	<1><2>2022-05-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1950,48	2048,00	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
289	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991447854	<1>2022-05-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2925,72	3072,01	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
290	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991447892	<1>2022-05-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4876,20	5120,01	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
291	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991447793	<1><2>2022-05-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	975,24	1024,00	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
292	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	06432100056047	<1><2>2022-09-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1209,60	1270,08	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
293	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	06432100056054	<1>2022-09-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1814,40	1905,12	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
294	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	06432100056061	<1>2022-09-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	3024,00	3175,20	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
295	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	06432100056030	<1><2>2022-09-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	604,80	635,04	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
296	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991480301	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1111,32	1166,89	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
297	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991480318	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1666,98	1750,33	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
298	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991480332	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2778,30	2917,22	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
299	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991480288	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	555,66	583,44	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
300	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909990086702	<1>2022-03-01/<2>2021-01-01/<3>2022-07-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	14276,96	14990,81	1095,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
301	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909990086764	<1>2022-03-01/<2>2022-07-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	15059,12	15812,08	1643,16	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
302	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909990086771	<1>2022-03-01/<2>2022-07-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	16564,76	17393,00	2738,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
303	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909990086696	<1>2022-03-01/<2>2021-01-01/<3>2022-07-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	13616,86	14297,70	547,72	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
304	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
305	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	41,04	43,09	43,09	C.40.	bezpłatny	0 zł
306	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
307	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
308	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
309	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
310	Methotrexatum	Metotrexat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. po 50 ml	05909991333447	2022-09-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	283,50	297,68	297,68	C.41.	bezpłatny	0 zł
311	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
312	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
313	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	<1>2021-01-01/<2>2023-07-01	3 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	276,48	290,30	290,30	<1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
314	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
315	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
316	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
317	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
318	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
319	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
320	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
321	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
322	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	34,45	36,17	29,37	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
323	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



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
324	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
325	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2023-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	17,23	18,09	14,69	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
326	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2023-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	27,97	29,37	29,37	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
327	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
328	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
329	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2022-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	34,45	36,17	29,37	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
330	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	30,78	32,32	14,69	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
331	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	49,57	52,05	29,37	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
332	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
333	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
334	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
335	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
336	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
337	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
338	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
339	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
340	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
341	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
342	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	102,06	C.47.	bezpłatny	0 zł
343	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
344	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	30,62	C.47.	bezpłatny	0 zł
345	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	306,18	C.47.	bezpłatny	0 zł
346	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

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
347	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
348	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
349	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
350	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
351	Pegaspargasum	Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml	1 fiol. proszku	00642621070989	2023-05-01	3 lata	1033.0, Pegaspargasum	7203,06	7563,21	7563,21	C.48.	bezpłatny	0 zł
352	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1296,00	1360,80	1360,80	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
353	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2022-03-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1836,00	1927,80	1360,80	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
354	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
355	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
356	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
357	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991289362	2023-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	128,52	134,95	134,95	C.49.	bezpłatny	0 zł
358	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol. proszku	05909991289379	2023-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	642,60	674,73	674,73	C.49.	bezpłatny	0 zł
359	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
360	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
361	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
362	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
363	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
364	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
365	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
366	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
367	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
368	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909990728473	2021-07-01	3 lata	1126.0, Pteryksafor	18856,80	19799,64	19799,64	C.71.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
369	Posaconazolium	Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909990335244	<1>2021-05-01/<2>2021-09-01/<3>2023-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	2503,09	2628,24	677,57	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
370	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	677,57	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
371	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	677,57	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
372	Posaconazolium	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	1 but.po 105 ml	05901797710743	2023-03-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	645,30	677,57	677,57	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
373	Posaconazolium	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	637,20	669,06	669,06	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
374	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	677,57	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
375	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji dożylnych, 1,5 mg/ml	3 fioł.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	05909990943111	2022-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	690,12	724,63	724,63	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
376	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fioł.po 10 ml	05909990418817	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2199,64	2309,62	1087,51	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
377	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fioł.po 50 ml	05909990418824	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	5500,55	5775,58	2718,77	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
378	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fioł.po 10 ml	07613421032975	<1>2021-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	1035,72	1087,51	1087,51	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
379	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fioł.po 50 ml	07613421032982	<1>2021-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2589,30	2718,77	2718,77	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
380	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fioł.po 10 ml	05415062360507	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	476,28	500,09	500,09	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
381	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fioł.po 50 ml	05415062360521	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2381,40	2500,47	2500,47	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
382	Ropeginterferonum alfa-2b	Besremi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 250 µg/0,5 ml	1 wstrzyk.po 0,5 ml	09007653000976	2023-01-01	2 lata	1267.0, Ropeginterferon alfa-2b	6813,46	7154,13	7154,13	C.85.	bezpłatny	0 zł
383	Sorafenib tosylate	Sorafenib Teva, tabl. powł., 200 mg	112 szt. (blister)	05909991423711	2022-01-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2268,00	2381,40	2097,90	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
384	Sorafenibum	Sorafenib G.L., tabl. powł., 200 mg	112 szt.	09008732012415	2022-03-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2116,80	2222,64	2097,90	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
385	Sorafenibum	Sorafenib Pharmascience, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991456849	2022-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1078.0, Sorafenib	1998,00	2097,90	2097,90	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.	bezpłatny	0 zł
386	Sorafenibum	Sorafenib Sandoz, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	07613421047009	2021-09-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	3024,00	3175,20	2097,90	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
387	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991459239	2022-11-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1078.0, Sorafenib	1965,60	2063,88	2063,88	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.	bezpłatny	0 zł
388	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powł., 400 mg	56 szt.	05909991482954	2023-05-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1954,80	2052,54	2052,54	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
389	Sorafenibum	Sorafenib Zentiva, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991440145	2021-09-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	3020,76	3171,80	2097,90	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
390	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05995327181592	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1627,56	1708,94	1644,30	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
391	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05995327181608	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3255,12	3417,88	3288,60	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
392	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05995327181615	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6510,24	6835,75	6577,20	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł

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

393	Sunitinibum	Suganet, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05907594032972	2023-01-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1512,00	1587,60	1587,60	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
394	Sunitinibum	Suganet, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05907594033023	2023-01-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3024,00	3175,20	3175,20	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
395	Sunitinibum	Suganet, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05907594033078	2023-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6048,00	6350,40	6350,40	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
396	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt. (butelka)	05055565775707	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1745,55	1832,83	1761,75	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
397	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg	30 szt. (butelka)	05055565775714	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3491,10	3665,66	3523,50	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
398	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg	30 szt. (butelka)	05055565775721	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6982,20	7331,31	7047,00	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
399	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991458515	2022-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1566,00	1644,30	1644,30	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
400	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991458522	2022-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3132,00	3288,60	3288,60	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
401	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991458539	2022-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6264,00	6577,20	6577,20	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
402	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 12,5 mg	30 kaps.	03838989736668	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1741,50	1828,58	1761,75	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
403	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
404	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>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
405	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
406	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
407	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
408	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>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
409	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
410	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
411	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>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
412	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991436612	2022-09-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1493,10	1567,76	1567,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
413	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991436643	2022-09-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	2986,20	3135,51	3135,51	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
414	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991436650	2022-09-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	4479,30	4703,27	4703,27	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
415	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991436681	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	5972,40	6271,02	6271,02	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
416	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
417	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
418	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>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
419	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
420	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
421	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>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
422	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
423	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
424	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>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
425	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
426	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>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
427	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909990079391	2021-07-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	18188,93	19098,38	6577,20	C.88.a.	bezpłatny	0 zł
428	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	14,26	14,97	14,97	C.52.	bezpłatny	0 zł
429	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
430	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
431	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
432	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
433	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
434	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
435	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
436	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
437	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
438	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

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
439	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
440	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
441	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
442	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
443	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
444	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
445	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
446	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
447	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
448	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
449	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
450	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
451	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
452	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
453	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
454	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	C.86.b.	bezpłatny	0 zł
455	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	08715131016982	<1>2023-07-01/<2>2021-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	906,88	952,22	952,22	<1>C.86a.; <2>C.86.b.	bezpłatny	0 zł
456	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	08715131016975	<1>2023-07-01/<2>2021-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	2539,25	2666,21	2666,21	<1>C.86a.; <2>C.86.b.	bezpłatny	0 zł
457	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku 15 ml	05901797710415	2022-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1249,56	1312,04	952,22	<1>C.86a.; <2>C.86.b.	bezpłatny	0 zł
458	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	2023-03-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2716,70	2852,54	2666,21	<1>C.86a.; <2>C.86.b.	bezpłatny	0 zł
459	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	842,40	884,52	884,52	<1>C.86a.; <2>C.86.b.	bezpłatny	0 zł
460	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	<1>C.86a.; <2>C.86.b.	bezpłatny	0 zł
461	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	<1>C.86a.; <2>C.86.b.	bezpłatny	0 zł
462	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
463	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
464	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 amp. 1 ml	05909990173617	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	486,86	511,20	511,20	C.63.	bezpłatny	0 zł

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
465	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 amp. 5 ml	05909990173624	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	2434,32	2556,04	2556,04	C.63.	bezpłatny	0 zł
466	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909990945016	2022-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	169,35	177,82	132,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
467	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909990945115	2022-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	254,03	266,73	198,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
468	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
469	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
470	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	05909990668045	2021-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	32,40	34,02	34,02	C.63.	bezpłatny	0 zł
471	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909990668052	2021-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	162,00	170,10	170,10	C.63.	bezpłatny	0 zł
472	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05909991314439	2022-09-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	21,60	22,68	22,68	C.63.	bezpłatny	0 zł
473	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991314446	2022-09-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	108,00	113,40	113,40	C.63.	bezpłatny	0 zł
474	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva, kaps. miękkie, 20 mg	1 kaps.	05909991402365	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	125,71	132,00	132,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
475	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva, kaps. miękkie, 30 mg	1 kaps.	05909991402389	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	188,57	198,00	198,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
476	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva, kaps. miękkie, 80 mg	1 kaps.	05909991402402	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	502,85	527,99	527,99	C.63.	bezpłatny	0 zł
477	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2022-09-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	135,79	142,58	124,74	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
478	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2021-01-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	178,20	187,11	187,11	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

Załącznik C.0.01.

**ACIDUM LEVOFOLINICUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	<b>ACIDUM LEVOFOLINICUM</b>	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI



Załącznik C.0.02.

**CALCII FOLINAS**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	<b>CALCII FOLINAS</b>	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.03.

**DARBEPOETIN ALFA**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	DARBEPOEIN ALFA	D46.9	ZESPOŁ MIEŁODYSPLASTYCZNY, NIEOKRESŁONY <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.04.

**EPOETINUM ALPHA**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46	ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	EPOEINUM ALPHA	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.05.

**EPOETINUM BETA**

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	<b>EPOETINUM BETA</b>	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	<b>ONDANSETRONUM</b>	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.10.

**PEGFILGRASTIMUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1.	<b>PEGFILGRASTIMUM</b>	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIJSZENIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ (W PRZYPADKU ZWIĘKSZONEGO RYZYKA WYSTĄPIENIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ) - U DOROSŁYCH PACJENTÓW, U KTÓRYCH Z POWODU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH (Z WYJĄTKIEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ I ZESPOŁÓW MIEŁODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI

Załącznik C.0.11

**RASBURICASUM**

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	RASBURICASUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.12

**APREPITANTUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	APREPITANTUM	WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE $>70 \text{ MG/M}^2$ – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.14.a.

**POSACONAZOLUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	POSACONAZOLUM	ZAPOBIEGANIE INWAZYJNYM ZAKAŻENIOM GRZYBICZYM U PACJENTÓW Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ LUB ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH

Załącznik C.0.14.b.

**POSACONAZOLUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	POSACONAZOLUM	– OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;

Załącznik C.0.14.c.

**POSACONAZOLUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	POSACONAZOLUM	<p>OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH</li><li>LUB</li><li>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII</li></ul> <p>CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH</li><li>LUB</li><li>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII</li></ul> <p>NOWOTWORYLITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH</li><li>LUB</li><li>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII</li></ul>

Załącznik C.0.15.

**VORICONAZOLUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	VORICONAZOLUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI



Załącznik C.0.16.a.

**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM	NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE $\geq 50$ MG/M <sup>2</sup> – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.16.b.

**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM	WCZESNE LUB OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM ANTYBIOTYKU Z GRUPY ANTRACYKLIN I CYKLOFOSFAMIDU – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.17.

**DEXAMETHASONI PHOSPHAS**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	<b>DEXAMETHASONI PHOSPHAS</b>	PREMEDYKACJA PRZED PODANIEM PAKLITAKSELU W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA REAKCJI NADWRAŻLIWOŚCI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM

Załącznik C.2.

**BICALUTAMIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BICALUTAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

## Załącznik C.3.

**BLEOMYCIN SULPHATE**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BLEOMYCIN SULPHATE	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	BLEOMYCIN SULPHATE	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	BLEOMYCIN SULPHATE	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	BLEOMYCIN SULPHATE	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	BLEOMYCIN SULPHATE	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	BLEOMYCIN SULPHATE	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.2	JĘZYCZEK
33	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	BLEOMYCIN SULPHATE	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	BLEOMYCIN SULPHATE	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	BLEOMYCIN SULPHATE	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	BLEOMYCIN SULPHATE	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	BLEOMYCIN SULPHATE	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	BLEOMYCIN SULPHATE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	BLEOMYCIN SULPHATE	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	BLEOMYCIN SULPHATE	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	BLEOMYCIN SULPHATE	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	BLEOMYCIN SULPHATE	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	BLEOMYCIN SULPHATE	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	BLEOMYCIN SULPHATE	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	BLEOMYCIN SULPHATE	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	BLEOMYCIN SULPHATE	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
88	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.0	SERCE
89	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
91	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
92	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.4	OPLUCNA
93	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, 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	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
114	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
115	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
116	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
117	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
118	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
119	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
120	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
121	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44.0	SKÓRA WARGI
122	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
123	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZE WNEŹRZNEGO
124	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
125	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
126	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
127	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
128	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
129	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
130	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
131	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
132	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
133	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
134	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
135	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
136	BLEOMYCIN SULPHATE	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
137	BLEOMYCIN SULPHATE	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
138	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
139	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
140	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.2	ŁECHTACZKA
141	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
142	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
143	BLEOMYCIN SULPHATE	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
144	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
145	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
146	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
147	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
148	BLEOMYCIN SULPHATE	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
149	BLEOMYCIN SULPHATE	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
150	BLEOMYCIN SULPHATE	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
151	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
152	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
153	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
154	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.3	PRZYMACICZA
155	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
156	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
157	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
158	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
159	BLEOMYCIN SULPHATE	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
160	BLEOMYCIN SULPHATE	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
161	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.0	NAPLETEK
162	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
163	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.2	TRZON PRĄCIA
164	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
165	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
166	BLEOMYCIN SULPHATE	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
167	BLEOMYCIN SULPHATE	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
168	BLEOMYCIN SULPHATE	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
169	BLEOMYCIN SULPHATE	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
170	BLEOMYCIN SULPHATE	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
171	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.0	NAJĄDRZE
172	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
173	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.2	MOSZNA
174	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
175	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
176	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
177	BLEOMYCIN SULPHATE	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
178	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
179	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
180	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
181	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
182	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
183	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.5	KOMORY MÓZGOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
184	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.6	MÓZDŻEK
185	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.7	PIEŃ MÓZGU
186	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
187	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
188	BLEOMYCIN SULPHATE	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
189	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
190	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
191	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.2	BRZUCH
192	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.3	MIEDNICA
193	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
194	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
195	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
196	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
197	BLEOMYCIN SULPHATE	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
198	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
199	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
200	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
201	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
202	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
203	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
204	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
205	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCHOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
207	BLEOMYCIN SULPHATE	C81	CHOROBA HODGKINA
208	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
209	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
210	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
211	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
212	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
213	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
214	BLEOMYCIN SULPHATE	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
215	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
216	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
217	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
218	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
219	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
220	BLEOMYCIN SULPHATE	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZEROZLANE
221	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
222	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
223	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
224	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.3	WIELKOMÓRKOWY, (ROZLANY)
225	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
226	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
227	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
228	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
230	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
231	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
232	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
233	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
234	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
235	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
236	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
237	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
238	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
239	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
240	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
241	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
242	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
243	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
244	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
245	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
246	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
247	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
248	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
249	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
250	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
251	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
252	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	BLEOMYCIN SULPHATE	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
254	BLEOMYCIN SULPHATE	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
255	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
256	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
257	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
258	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
259	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
260	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
261	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
262	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
263	BLEOMYCIN SULPHATE	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
264	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
265	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
266	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
267	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
268	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
269	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
270	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
271	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
272	BLEOMYCIN SULPHATE	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
273	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
274	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
275	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
276	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
278	BLEOMYCIN SULPHATE	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
279	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
280	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
281	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
282	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
283	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
284	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
285	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
286	BLEOMYCIN SULPHATE	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
287	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
288	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
289	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
290	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
291	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
292	BLEOMYCIN SULPHATE	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, 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	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
300	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03	CZERNIAK IN SITU
301	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
302	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
303	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
304	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
305	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
306	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
307	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
308	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
309	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
310	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
311	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D39.1	JAJNIK
312	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
313	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
314	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
315	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
316	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
317	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.4	OTRZEWNA
318	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.5	SKÓRA
319	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.6	SUTEK
320	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
321	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
322	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
323	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
324	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
325	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
326	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
327	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
328	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
329	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

## Załącznik C.4.

**BUSULFANUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BUSULFANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
2	BUSULFANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
3	BUSULFANUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
4	BUSULFANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
5	BUSULFANUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
6	BUSULFANUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
7	BUSULFANUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
8	BUSULFANUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
9	BUSULFANUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
10	BUSULFANUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11	BUSULFANUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
12	BUSULFANUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
13	BUSULFANUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
14	BUSULFANUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
15	BUSULFANUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
16	BUSULFANUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
17	BUSULFANUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
18	BUSULFANUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
19	BUSULFANUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
20	BUSULFANUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	BUSULFANUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
22	BUSULFANUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.5.a.

**CAPECITABINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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.

**CARBOPLATIN**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CARBOPLATIN	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	CARBOPLATIN	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	CARBOPLATIN	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	CARBOPLATIN	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	CARBOPLATIN	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	CARBOPLATIN	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	CARBOPLATIN	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	CARBOPLATIN	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	CARBOPLATIN	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	CARBOPLATIN	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	CARBOPLATIN	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	CARBOPLATIN	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	CARBOPLATIN	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
14.	CARBOPLATIN	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	CARBOPLATIN	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	CARBOPLATIN	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	CARBOPLATIN	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18.	CARBOPLATIN	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
19.	CARBOPLATIN	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
20.	CARBOPLATIN	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
21.	<b>CARBOPLATIN</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
22.	<b>CARBOPLATIN</b>	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
23.	<b>CARBOPLATIN</b>	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
24.	<b>CARBOPLATIN</b>	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
25.	<b>CARBOPLATIN</b>	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
26.	<b>CARBOPLATIN</b>	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
27.	<b>CARBOPLATIN</b>	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
28.	<b>CARBOPLATIN</b>	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
29.	<b>CARBOPLATIN</b>	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
30.	<b>CARBOPLATIN</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
31.	<b>CARBOPLATIN</b>	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
32.	<b>CARBOPLATIN</b>	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
33.	<b>CARBOPLATIN</b>	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
34.	<b>CARBOPLATIN</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35.	<b>CARBOPLATIN</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
36.	<b>CARBOPLATIN</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
37.	<b>CARBOPLATIN</b>	C45	MIĘDZYBŁONIAK
38.	<b>CARBOPLATIN</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
39.	<b>CARBOPLATIN</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
40.	<b>CARBOPLATIN</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
41.	<b>CARBOPLATIN</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
42.	<b>CARBOPLATIN</b>	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
43.	<b>CARBOPLATIN</b>	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
44.	<b>CARBOPLATIN</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
45.	<b>CARBOPLATIN</b>	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
46.	<b>CARBOPLATIN</b>	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
47.	<b>CARBOPLATIN</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
48.	<b>CARBOPLATIN</b>	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
49.	<b>CARBOPLATIN</b>	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
50.	<b>CARBOPLATIN</b>	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
51.	<b>CARBOPLATIN</b>	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
52.	<b>CARBOPLATIN</b>	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
53.	<b>CARBOPLATIN</b>	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
54.	<b>CARBOPLATIN</b>	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
55.	<b>CARBOPLATIN</b>	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
56.	<b>CARBOPLATIN</b>	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
57.	<b>CARBOPLATIN</b>	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
58.	<b>CARBOPLATIN</b>	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
59.	<b>CARBOPLATIN</b>	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
60.	<b>CARBOPLATIN</b>	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
61.	<b>CARBOPLATIN</b>	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
62.	<b>CARBOPLATIN</b>	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
63.	<b>CARBOPLATIN</b>	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
64.	<b>CARBOPLATIN</b>	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNÝCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
65.	<b>CARBOPLATIN</b>	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
66.	<b>CARBOPLATIN</b>	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
67.	<b>CARBOPLATIN</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
68.	<b>CARBOPLATIN</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
69.	<b>CARBOPLATIN</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
70.	<b>CARBOPLATIN</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
71.	<b>CARBOPLATIN</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
72.	<b>CARBOPLATIN</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
73.	<b>CARBOPLATIN</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74.	<b>CARBOPLATIN</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
75.	<b>CARBOPLATIN</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
76.	<b>CARBOPLATIN</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
77.	<b>CARBOPLATIN</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
78.	<b>CARBOPLATIN</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
79.	<b>CARBOPLATIN</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
80.	<b>CARBOPLATIN</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
81.	<b>CARBOPLATIN</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	<b>CARBOPLATIN</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83.	<b>CARBOPLATIN</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
84.	<b>CARBOPLATIN</b>	D00.2	ŻOŁĄDEK
85.	<b>CARBOPLATIN</b>	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
86.	<b>CARBOPLATIN</b>	D03	CZERNIAK IN SITU
87.	<b>CARBOPLATIN</b>	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
88.	<b>CARBOPLATIN</b>	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
89.	<b>CARBOPLATIN</b>	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
90.	<b>CARBOPLATIN</b>	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
91.	<b>CARBOPLATIN</b>	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
92.	<b>CARBOPLATIN</b>	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
93.	<b>CARBOPLATIN</b>	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
94.	<b>CARBOPLATIN</b>	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
95.	<b>CARBOPLATIN</b>	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
96.	<b>CARBOPLATIN</b>	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
97.	<b>CARBOPLATIN</b>	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
98.	<b>CARBOPLATIN</b>	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
99.	<b>CARBOPLATIN</b>	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
100.	<b>CARBOPLATIN</b>	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
101.	<b>CARBOPLATIN</b>	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102.	<b>CARBOPLATIN</b>	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
103.	<b>CARBOPLATIN</b>	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
104.	<b>CARBOPLATIN</b>	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
105.	<b>CARBOPLATIN</b>	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
106.	<b>CARBOPLATIN</b>	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
107.	<b>CARBOPLATIN</b>	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
108.	<b>CARBOPLATIN</b>	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
109.	<b>CARBOPLATIN</b>	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
110.	<b>CARBOPLATIN</b>	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
111.	<b>CARBOPLATIN</b>	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
112.	<b>CARBOPLATIN</b>	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
113.	<b>CARBOPLATIN</b>	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
114.	<b>CARBOPLATIN</b>	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
115.	<b>CARBOPLATIN</b>	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
116.	<b>CARBOPLATIN</b>	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
117.	<b>CARBOPLATIN</b>	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
118.	<b>CARBOPLATIN</b>	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
119.	<b>CARBOPLATIN</b>	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
120.	<b>CARBOPLATIN</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
121.	<b>CARBOPLATIN</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
122.	<b>CARBOPLATIN</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
123.	<b>CARBOPLATIN</b>	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/

Załącznik C.8.

**CHLORAMBUCILUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CHLORAMBUCILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
2	CHLORAMBUCILUM	C81	CHOROBA HODGKINA
3	CHLORAMBUCILUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
4	CHLORAMBUCILUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
5	CHLORAMBUCILUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
6	CHLORAMBUCILUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
7	CHLORAMBUCILUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
8	CHLORAMBUCILUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
9	CHLORAMBUCILUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
10	CHLORAMBUCILUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
11	CHLORAMBUCILUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
12	CHLORAMBUCILUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
13	CHLORAMBUCILUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
14	CHLORAMBUCILUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
15	CHLORAMBUCILUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
16	CHLORAMBUCILUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
17	CHLORAMBUCILUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
18	CHLORAMBUCILUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	CHLORAMBUCILUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
20	CHLORAMBUCILUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	CHLORAMBUCILUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
22	CHLORAMBUCILUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
23	CHLORAMBUCILUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
24	CHLORAMBUCILUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH 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	MIEŚAK LIMFATYCZNY
35	CHLORAMBUCILUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
36	CHLORAMBUCILUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
37	CHLORAMBUCILUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	CHLORAMBUCILUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39	CHLORAMBUCILUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
40	CHLORAMBUCILUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
41	CHLORAMBUCILUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
42	CHLORAMBUCILUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CHLORAMBUCILUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
44	CHLORAMBUCILUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
45	CHLORAMBUCILUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
46	CHLORAMBUCILUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
47	CHLORAMBUCILUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.10.

**CICLOSPORINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CICLOSPORINUM	D61	INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
2	CICLOSPORINUM	D61.0	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA
3	CICLOSPORINUM	D61.1	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI
4	CICLOSPORINUM	D61.2	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOWANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	CICLOSPORINUM	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	CICLOSPORINUM	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	CICLOSPORINUM	D61.9	NIEOKREŚLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA
8	CICLOSPORINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
9	CICLOSPORINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
10	CICLOSPORINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
11	CICLOSPORINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
12	CICLOSPORINUM	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
13	CICLOSPORINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
14	CICLOSPORINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
15	CICLOSPORINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
16	CICLOSPORINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.11.

**CISPLATINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CISPLATINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	CISPLATINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	CISPLATINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	CISPLATINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	CISPLATINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	CISPLATINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	CISPLATINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	CISPLATINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	CISPLATINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	CISPLATINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	CISPLATINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	CISPLATINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	CISPLATINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	CISPLATINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	CISPLATINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	CISPLATINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	CISPLATINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	CISPLATINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	CISPLATINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	CISPLATINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	CISPLATINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CISPLATINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CISPLATINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	CISPLATINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	CISPLATINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	CISPLATINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	CISPLATINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	CISPLATINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	CISPLATINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	CISPLATINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	CISPLATINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	CISPLATINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	CISPLATINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	CISPLATINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	CISPLATINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	CISPLATINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	CISPLATINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	CISPLATINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	CISPLATINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	CISPLATINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	CISPLATINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	CISPLATINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	CISPLATINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	CISPLATINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
45	CISPLATINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	CISPLATINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	CISPLATINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	CISPLATINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	CISPLATINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	CISPLATINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	CISPLATINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	CISPLATINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	CISPLATINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	CISPLATINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	CISPLATINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	CISPLATINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	CISPLATINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	CISPLATINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CISPLATINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CISPLATINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CISPLATINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CISPLATINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CISPLATINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CISPLATINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CISPLATINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CISPLATINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	CISPLATINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CISPLATINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CISPLATINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
70	CISPLATINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CISPLATINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72	CISPLATINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73	CISPLATINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CISPLATINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	CISPLATINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	CISPLATINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	CISPLATINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	CISPLATINUM	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY 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 PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131	CISPLATINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	CISPLATINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	CISPLATINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	CISPLATINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	CISPLATINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	CISPLATINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137	CISPLATINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	CISPLATINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	CISPLATINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	CISPLATINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	CISPLATINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWDZIELNICZA 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 TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
246	CISPLATINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
247	CISPLATINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
248	CISPLATINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
249	CISPLATINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
250	CISPLATINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
251	CISPLATINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
252	CISPLATINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
253	CISPLATINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
254	CISPLATINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
255	CISPLATINUM	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
256	CISPLATINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
257	CISPLATINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
258	CISPLATINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
259	CISPLATINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
260	CISPLATINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
261	CISPLATINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
262	CISPLATINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
263	CISPLATINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
264	CISPLATINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
265	CISPLATINUM	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	CISPLATINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	CISPLATINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	CISPLATINUM	C51.2	ŁECHT ACZKA
269	CISPLATINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	CISPLATINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	CISPLATINUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	CISPLATINUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
273	CISPLATINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
274	CISPLATINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
275	CISPLATINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
276	CISPLATINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
277	CISPLATINUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	CISPLATINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	CISPLATINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	CISPLATINUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
281	CISPLATINUM	C54.3	DNO MACICY
282	CISPLATINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
283	CISPLATINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
284	CISPLATINUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	CISPLATINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	CISPLATINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	CISPLATINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	CISPLATINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	CISPLATINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁĘ MACICY
290	CISPLATINUM	C57.3	PRZYMATICZA
291	CISPLATINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
292	CISPLATINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
293	CISPLATINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294	CISPLATINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295	CISPLATINUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	CISPLATINUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
297	CISPLATINUM	C60.0	NAPLETEK
298	CISPLATINUM	C60.1	ŻOŁĄDŻ PRĄCIA
299	CISPLATINUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
300	CISPLATINUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
301	CISPLATINUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
302	CISPLATINUM	C61	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	<b>CISPLATINUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	<b>CISPLATINUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
390	<b>CISPLATINUM</b>	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
391	<b>CISPLATINUM</b>	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
392	<b>CISPLATINUM</b>	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
393	<b>CISPLATINUM</b>	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
394	<b>CISPLATINUM</b>	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
395	<b>CISPLATINUM</b>	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
396	<b>CISPLATINUM</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
397	<b>CISPLATINUM</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
398	<b>CISPLATINUM</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
399	<b>CISPLATINUM</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
400	<b>CISPLATINUM</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
401	<b>CISPLATINUM</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
402	<b>CISPLATINUM</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
403	<b>CISPLATINUM</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
404	<b>CISPLATINUM</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
405	<b>CISPLATINUM</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
406	<b>CISPLATINUM</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
407	<b>CISPLATINUM</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
408	<b>CISPLATINUM</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
409	<b>CISPLATINUM</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
410	<b>CISPLATINUM</b>	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
411	CISPLATINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
412	CISPLATINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
413	CISPLATINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
414	CISPLATINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
415	CISPLATINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
416	CISPLATINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
417	CISPLATINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
418	CISPLATINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
419	CISPLATINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
420	CISPLATINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
421	CISPLATINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
422	CISPLATINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
423	CISPLATINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
424	CISPLATINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
425	CISPLATINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
426	CISPLATINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
427	CISPLATINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
428	CISPLATINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
429	CISPLATINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
430	CISPLATINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
431	CISPLATINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
432	CISPLATINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
433	CISPLATINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
434	CISPLATINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
435	CISPLATINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
436	CISPLATINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
437	CISPLATINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
438	CISPLATINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
439	CISPLATINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
440	CISPLATINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
441	CISPLATINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
442	CISPLATINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
443	CISPLATINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
444	CISPLATINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
445	CISPLATINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
446	CISPLATINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
447	CISPLATINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
448	CISPLATINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
449	CISPLATINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
450	CISPLATINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
451	CISPLATINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
452	CISPLATINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
453	CISPLATINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
454	CISPLATINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
455	CISPLATINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
456	CISPLATINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
457	CISPLATINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA 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	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
536	CISPLATINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
537	CISPLATINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
538	CISPLATINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
539	CISPLATINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
540	CISPLATINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
541	CISPLATINUM	D07.1	SROM
542	CISPLATINUM	D07.2	POCHWA
543	CISPLATINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
544	CISPLATINUM	D07.4	PRĄCIE
545	CISPLATINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
546	CISPLATINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
547	CISPLATINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
548	CISPLATINUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
549	CISPLATINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
550	CISPLATINUM	D09.2	OKO
551	CISPLATINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
552	CISPLATINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
553	CISPLATINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
554	CISPLATINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
555	CISPLATINUM	D10.0	WARGA
556	CISPLATINUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	CISPLATINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
558	CISPLATINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
559	CISPLATINUM	D10.4	MIGDAŁEK
560	CISPLATINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
561	CISPLATINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
562	CISPLATINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
563	CISPLATINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
564	CISPLATINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
565	CISPLATINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
566	CISPLATINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
567	CISPLATINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
568	CISPLATINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
569	CISPLATINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
570	CISPLATINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
571	CISPLATINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
572	CISPLATINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
573	CISPLATINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
574	CISPLATINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
575	CISPLATINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
576	CISPLATINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
577	CISPLATINUM	D12.8	ODBYTNICA
578	CISPLATINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
579	CISPLATINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
580	CISPLATINUM	D13.0	PRZELYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581	CISPLATINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
582	CISPLATINUM	D13.2	DWUNASTNICA
583	CISPLATINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
584	CISPLATINUM	D13.4	WĄTROBA
585	CISPLATINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
586	CISPLATINUM	D13.6	TRZUSTKA
587	CISPLATINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
588	CISPLATINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
589	CISPLATINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
590	CISPLATINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
591	CISPLATINUM	D14.1	KRTAŃ
592	CISPLATINUM	D14.2	TCHAWICA
593	CISPLATINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
594	CISPLATINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
595	CISPLATINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
596	CISPLATINUM	D15.0	GRASICA
597	CISPLATINUM	D15.1	SERCE
598	CISPLATINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
599	CISPLATINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
600	CISPLATINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
601	CISPLATINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
602	CISPLATINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
603	CISPLATINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
604	CISPLATINUM	D16.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
605	CISPLATINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
606	CISPLATINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
607	CISPLATINUM	D16.5	ŻUCHWA
608	CISPLATINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
609	CISPLATINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
610	CISPLATINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
611	CISPLATINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
612	CISPLATINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
613	CISPLATINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
614	CISPLATINUM	D20.1	OTRZEWNA
615	CISPLATINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
616	CISPLATINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
617	CISPLATINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
618	CISPLATINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
619	CISPLATINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
620	CISPLATINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
621	CISPLATINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
622	CISPLATINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
623	CISPLATINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
624	CISPLATINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
625	CISPLATINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
626	CISPLATINUM	D28.0	SROM
627	CISPLATINUM	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
628	CISPLATINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
629	CISPLATINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
630	CISPLATINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
631	CISPLATINUM	D29	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	CISPLATINUM	D29.0	PRAĆCIE
633	CISPLATINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
634	CISPLATINUM	D29.2	JĄDRO
635	CISPLATINUM	D29.3	NAJĄDRZE
636	CISPLATINUM	D29.4	MOSZNA
637	CISPLATINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
638	CISPLATINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
639	CISPLATINUM	D30	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
640	CISPLATINUM	D30.0	NERKA
641	CISPLATINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
642	CISPLATINUM	D30.2	MOCZOWÓD
643	CISPLATINUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
644	CISPLATINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
645	CISPLATINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
646	CISPLATINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
647	CISPLATINUM	D31	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR OKA
648	CISPLATINUM	D31.0	SPOJÓWKA
649	CISPLATINUM	D31.1	ROGÓWKA
650	CISPLATINUM	D31.2	SIATKÓWKA
651	CISPLATINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
652	CISPLATINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
653	CISPLATINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
654	CISPLATINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
655	CISPLATINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
656	CISPLATINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
657	CISPLATINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
658	CISPLATINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
659	CISPLATINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
660	CISPLATINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
661	CISPLATINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMNIOTOWE
662	CISPLATINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMNIOTOWE
663	CISPLATINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
664	CISPLATINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
665	CISPLATINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
666	CISPLATINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
667	CISPLATINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
668	CISPLATINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
669	CISPLATINUM	D35.0	NADNERCZA
670	CISPLATINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
671	CISPLATINUM	D35.2	PRZYSADKA
672	CISPLATINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
673	CISPLATINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
674	CISPLATINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
675	CISPLATINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
676	CISPLATINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
677	CISPLATINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
678	CISPLATINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
679	CISPLATINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
680	CISPLATINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
681	CISPLATINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
682	CISPLATINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
683	CISPLATINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
684	CISPLATINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
685	CISPLATINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
686	CISPLATINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
687	CISPLATINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
688	CISPLATINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
689	CISPLATINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
690	CISPLATINUM	D37.5	ODBYTNICA
691	CISPLATINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
692	CISPLATINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
693	CISPLATINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
694	CISPLATINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
695	CISPLATINUM	D38.0	KRTAŃ
696	CISPLATINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
697	CISPLATINUM	D38.2	OPŁUCNA
698	CISPLATINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
699	CISPLATINUM	D38.4	GRASICA
700	CISPLATINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
701	CISPLATINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
702	CISPLATINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
703	CISPLATINUM	D39.0	MACICA
704	CISPLATINUM	D39.1	JAJNIK
705	CISPLATINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
706	CISPLATINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
707	CISPLATINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
708	CISPLATINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
709	CISPLATINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
710	CISPLATINUM	D40.1	JĄDRO
711	CISPLATINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
712	CISPLATINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
713	CISPLATINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
714	CISPLATINUM	D41.0	NERKA
715	CISPLATINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
716	CISPLATINUM	D41.2	MOCZOWÓD
717	CISPLATINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
718	CISPLATINUM	D41.4	PEŁCZERZ MOCZOWY
719	CISPLATINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
720	CISPLATINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
721	CISPLATINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
722	CISPLATINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
723	CISPLATINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
724	CISPLATINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
725	CISPLATINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
726	CISPLATINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
727	CISPLATINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
728	CISPLATINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
729	CISPLATINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
730	CISPLATINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
731	CISPLATINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
732	CISPLATINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
733	CISPLATINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
734	CISPLATINUM	D44.0	TARCZYCA
735	CISPLATINUM	D44.1	NADNERCZA
736	CISPLATINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
737	CISPLATINUM	D44.3	PRZYSADKA
738	CISPLATINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
739	CISPLATINUM	D44.5	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 ZAOTRZEWNA
752	CISPLATINUM	D48.4	OTRZEWNA
753	CISPLATINUM	D48.5	SKÓRA
754	CISPLATINUM	D48.6	SUTEK
755	CISPLATINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
756	CISPLATINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
757	CISPLATINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
758	CISPLATINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
759	CISPLATINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
760	CISPLATINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
761	CISPLATINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
762	CISPLATINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
763	CISPLATINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
764	CISPLATINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWICZNEJ
765	CISPLATINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
766	CISPLATINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.12.

**CLADRIBINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CLADRIBINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
2	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
3	CLADRIBINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
4	CLADRIBINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
5	CLADRIBINUM	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
6	CLADRIBINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
7	CLADRIBINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
8	CLADRIBINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
9	CLADRIBINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
10	CLADRIBINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
11	CLADRIBINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
12	CLADRIBINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
13	CLADRIBINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
14	CLADRIBINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
15	CLADRIBINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	CLADRIBINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
17	CLADRIBINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18	CLADRIBINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
19	CLADRIBINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
20	CLADRIBINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
21	CLADRIBINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
22	CLADRIBINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23	CLADRIBINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24	CLADRIBINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
25	CLADRIBINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
26	CLADRIBINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
27	CLADRIBINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
28	CLADRIBINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
29	CLADRIBINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
30	CLADRIBINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
31	CLADRIBINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
32	CLADRIBINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
33	CLADRIBINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
34	CLADRIBINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
35	CLADRIBINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36	CLADRIBINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
37	CLADRIBINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
38	CLADRIBINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
39	CLADRIBINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
40	CLADRIBINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
41	CLADRIBINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	CLADRIBINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
43	CLADRIBINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
44	CLADRIBINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
45	CLADRIBINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
46	CLADRIBINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
47	CLADRIBINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
48	CLADRIBINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
49	CLADRIBINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
50	CLADRIBINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
51	CLADRIBINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
52	CLADRIBINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
53	CLADRIBINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	CLADRIBINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	CLADRIBINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
56	CLADRIBINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
57	CLADRIBINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
58	CLADRIBINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
59	CLADRIBINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
60	CLADRIBINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
61	CLADRIBINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
62	CLADRIBINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	CLADRIBINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	CLADRIBINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	CLADRIBINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	CLADRIBINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
67	CLADRIBINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
68	CLADRIBINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
69	CLADRIBINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
70	CLADRIBINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
71	CLADRIBINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
72	CLADRIBINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
73	CLADRIBINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
74	CLADRIBINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
75	CLADRIBINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
76	CLADRIBINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	CLADRIBINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	CLADRIBINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	CLADRIBINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
80	CLADRIBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, 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 NADMIAREM BLASTÓW
89	CLADRIBINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
90	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDEJ



Załącznik C.13.

**CYKLOPHOSPHAMIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI 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 WEWNĄTRZWDZIELNICZA TRZUSTKI
133	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.0	SERCE
162	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.4	OPLUCNA
166	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.1	ŻUCHWA
181	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
198	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.0	SKÓRA WARGI
199	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
200	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
201	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
202	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
203	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
204	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
205	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
206	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
208	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
210	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
211	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
212	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
213	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
214	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
215	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
216	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
217	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
218	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
219	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
220	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
221	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
222	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
224	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
225	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
226	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
227	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
228	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
230	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
231	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
232	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
233	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
234	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
235	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
236	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
237	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
238	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
239	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
240	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
241	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
242	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
243	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
244	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
245	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
246	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.2	ŁECHTACZKA
247	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
248	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
249	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
250	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
251	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
252	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
254	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
255	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
256	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
257	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
258	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
259	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.3	DNO MACICY
260	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
261	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
262	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
263	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
264	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
266	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
267	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
268	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.3	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	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
278	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
279	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
280	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
281	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
282	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
283	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
284	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
285	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
286	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
287	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
288	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.2	MOSZNA
289	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
290	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
291	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
292	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
293	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
294	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
295	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
296	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
297	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
298	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
299	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
300	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
302	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
303	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
304	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
305	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
306	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
307	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
308	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
309	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
310	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
311	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
312	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
313	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
314	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
315	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
316	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
317	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
318	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
319	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
320	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
321	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
322	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
323	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
324	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
326	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
327	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
328	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
329	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
330	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
331	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
332	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
333	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
334	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
335	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
336	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
337	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
338	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
339	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
340	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
341	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
342	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
343	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
344	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
345	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
346	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
347	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
349	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
350	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
351	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
352	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
353	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
354	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
355	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
356	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
357	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
358	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
359	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
360	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
361	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
362	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.2	BRZUCH
363	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.3	MIEDNICA
364	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
365	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
366	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
367	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
368	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
369	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
370	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
372	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
373	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
374	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
375	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
376	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
377	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
378	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
379	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
380	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
381	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
382	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
383	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
384	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
385	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
386	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
387	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
388	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
389	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
390	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
391	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
392	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
394	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
395	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
396	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
397	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
398	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
399	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
400	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
401	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
402	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
403	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
404	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
405	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
406	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
407	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
408	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
409	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
410	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
411	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
412	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
413	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
414	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
415	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
417	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
418	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
419	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
420	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
421	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
422	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
423	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
424	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
425	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
426	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.3	CHŁONIAK 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	MIĘSAK SZPIKOWY
459	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
460	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
461	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
462	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
463	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
466	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
469	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
470	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
471	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
472	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
473	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
474	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
475	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
476	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
477	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
480	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
483	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
484	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
485	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
486	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
488	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
489	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
490	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
491	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
492	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
493	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
494	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.2	ODBYTNICA
495	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
496	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
497	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
498	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
499	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
500	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
501	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
502	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
503	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
504	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
505	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
506	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
507	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
508	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
509	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
511	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
512	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
513	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
514	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
515	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
516	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
517	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
518	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.1	SROM
519	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.2	POCHWA
520	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
521	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.4	PRĄCIE
522	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
523	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
524	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
525	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
526	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
527	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.2	OKO
528	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
529	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
530	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
531	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
532	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.0	WARGA
533	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
535	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
536	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
537	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
538	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
539	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
540	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
541	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
542	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
543	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
544	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
545	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
546	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
547	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
548	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
549	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
550	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
551	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
552	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
553	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
554	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
555	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
556	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.0	PRZEŁYK
558	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
559	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
560	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
561	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
562	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
563	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
564	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
565	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
566	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
567	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
568	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
569	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
570	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
571	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
572	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
573	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.0	GRASICA
574	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.1	SERCE
575	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
576	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
577	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
578	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
579	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
580	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
581	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
582	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
583	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
584	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
585	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
586	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
587	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
588	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
589	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18.0	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18.1	NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
592	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
593	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
594	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
595	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
596	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
597	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
598	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
599	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D20.1	OTRZEWNA
600	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
601	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
602	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
603	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
604	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
605	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
606	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
607	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
608	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
609	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
610	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
611	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.0	SROM
612	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.1	POCHWA
613	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
614	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
617	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.0	PRĄCIE
618	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
619	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.2	JĄDRO
620	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.3	NAJĄDRZE
621	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.4	MOSZNA
622	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
623	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
624	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.0	NERKA
626	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
627	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
628	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
629	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
630	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
631	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
632	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
633	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.0	SPOJÓWKA
634	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.1	ROGÓWKA
635	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.2	SIATKÓWKA
636	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
637	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
638	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
639	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
640	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
641	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
642	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
643	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
644	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
645	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
646	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIAOTOWE
647	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIAOTOWE
648	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
649	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
650	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
651	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
652	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
653	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
654	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.0	NADNERCZA
656	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
657	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.2	PRZYSADKA
658	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
659	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.4	SZYSZYŃKA
660	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.5	KLĘBEK SZYJNY
661	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
662	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
664	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
665	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
666	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
667	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
668	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
669	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
670	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
671	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
673	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
674	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
675	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
676	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
677	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
678	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
679	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
680	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
681	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.0	KRTAŃ
682	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
683	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.2	OPŁUCNA
684	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
685	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.4	GRASICA
686	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
687	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
688	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
689	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.0	MACICA
690	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.1	JAJNIK
691	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
692	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
693	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
694	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
696	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.1	JĄDRO
697	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
698	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
699	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
700	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.0	NERKA
701	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
702	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
703	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
704	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
705	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
706	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
707	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
708	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
709	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
710	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
711	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
712	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
713	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
714	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
715	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
716	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
717	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
718	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEMNERWOWY, NIEOKREŚLONE
719	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
720	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.0	TARCZYCA
721	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.1	NADNERCZA
722	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
723	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.3	PRZYSADKA
724	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
725	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.5	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 NADMIAREMBLASTÓW
734	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
735	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
736	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
737	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
738	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
739	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
740	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
741	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
742	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
743	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
744	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
745	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
746	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.4	OTRZEWNA
747	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.5	SKÓRA
748	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.6	SUTEK
749	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
750	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
751	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
752	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
753	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
754	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
759	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
761	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.14.

**CYTARABINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CYTARABINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
2	CYTARABINUM	C69.0	SPOJÓWKA
3	CYTARABINUM	C69.1	ROGÓWKA
4	CYTARABINUM	C69.2	SIATKÓWKA
5	CYTARABINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
6	CYTARABINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
7	CYTARABINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
8	CYTARABINUM	C69.6	OCZODÓŁ
9	CYTARABINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
10	CYTARABINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
11	CYTARABINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
12	CYTARABINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
13	CYTARABINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
14	CYTARABINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
15	CYTARABINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
16	CYTARABINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
17	CYTARABINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
18	CYTARABINUM	C71.6	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	MIEŚAK SZPIKOWY
105	CYTARABINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
106	CYTARABINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
107	CYTARABINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
108	CYTARABINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
109	CYTARABINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
110	CYTARABINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
111	CYTARABINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
112	CYTARABINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	CYTARABINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
114	CYTARABINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
115	CYTARABINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
116	CYTARABINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
117	CYTARABINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
118	CYTARABINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
119	CYTARABINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
120	CYTARABINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
121	CYTARABINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
122	CYTARABINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
123	CYTARABINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
124	CYTARABINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
125	CYTARABINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
126	CYTARABINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
127	CYTARABINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
128	CYTARABINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
129	CYTARABINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
130	CYTARABINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
131	CYTARABINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
132	CYTARABINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
133	CYTARABINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
134	CYTARABINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
135	CYTARABINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
136	CYTARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
137	CYTARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
138	CYTARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
139	CYTARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
140	CYTARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
141	CYTARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
142	CYTARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
143	CYTARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
144	CYTARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
145	CYTARABINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE 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 FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	DACARBAZINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	DACARBAZINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	DACARBAZINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	DACARBAZINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	DACARBAZINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	DACARBAZINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	DACARBAZINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	DACARBAZINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	DACARBAZINUM	C16.0	WPUST
80	DACARBAZINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	DACARBAZINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	DACARBAZINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	DACARBAZINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	DACARBAZINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	DACARBAZINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	DACARBAZINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	DACARBAZINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	DACARBAZINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	DACARBAZINUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	DACARBAZINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	DACARBAZINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	DACARBAZINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	DACARBAZINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	DACARBAZINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	DACARBAZINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	DACARBAZINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	DACARBAZINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	DACARBAZINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	DACARBAZINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	DACARBAZINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	DACARBAZINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	DACARBAZINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	DACARBAZINUM	C18.7	ESICA
104	DACARBAZINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	DACARBAZINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	DACARBAZINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	DACARBAZINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
108	DACARBAZINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	DACARBAZINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	DACARBAZINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	DACARBAZINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	DACARBAZINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	DACARBAZINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	DACARBAZINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	DACARBAZINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	DACARBAZINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	DACARBAZINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	DACARBAZINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	DACARBAZINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	DACARBAZINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	DACARBAZINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA 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 KŁATKI 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 OBŁE MACICY
249	DACARBAZINUM	C57.3	PRZYMACICZA
250	DACARBAZINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
251	DACARBAZINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	DACARBAZINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
253	DACARBAZINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
254	DACARBAZINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	DACARBAZINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	DACARBAZINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	DACARBAZINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	DACARBAZINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	DACARBAZINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
260	DACARBAZINUM	C63.0	NAJĄDRZE
261	DACARBAZINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
262	DACARBAZINUM	C63.2	MOSZNA
263	DACARBAZINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
264	DACARBAZINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	DACARBAZINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
266	DACARBAZINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	DACARBAZINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	DACARBAZINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	DACARBAZINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
270	DACARBAZINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
271	DACARBAZINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
272	DACARBAZINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
273	DACARBAZINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
274	DACARBAZINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
275	DACARBAZINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	DACARBAZINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
277	DACARBAZINUM	C67.7	MOCZOWNIK
278	DACARBAZINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
279	DACARBAZINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
280	DACARBAZINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
281	DACARBAZINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
282	DACARBAZINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
283	DACARBAZINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
284	DACARBAZINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
285	DACARBAZINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
286	DACARBAZINUM	C69.0	SPOJÓWKA
287	DACARBAZINUM	C69.1	ROGÓWKA
288	DACARBAZINUM	C69.2	SIATKÓWKA
289	DACARBAZINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
290	DACARBAZINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
291	DACARBAZINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
292	DACARBAZINUM	C69.6	OCZODÓŁ
293	DACARBAZINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
294	DACARBAZINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
295	DACARBAZINUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
296	DACARBAZINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
297	DACARBAZINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
298	DACARBAZINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
299	DACARBAZINUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	DACARBAZINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
301	DACARBAZINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
302	DACARBAZINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
303	DACARBAZINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
304	DACARBAZINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
305	DACARBAZINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
306	DACARBAZINUM	C71.6	MÓZDŻEK
307	DACARBAZINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	DACARBAZINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	DACARBAZINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	DACARBAZINUM	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
311	DACARBAZINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
312	DACARBAZINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
313	DACARBAZINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
314	DACARBAZINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
315	DACARBAZINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
316	DACARBAZINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
317	DACARBAZINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
318	DACARBAZINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
319	DACARBAZINUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
320	DACARBAZINUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
321	DACARBAZINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
322	DACARBAZINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
323	DACARBAZINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
324	DACARBAZINUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
325	DACARBAZINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
326	DACARBAZINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
327	DACARBAZINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
328	DACARBAZINUM	C75.3	SZYSZYNKA
329	DACARBAZINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
330	DACARBAZINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA 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	KŁATKA PIERSIOWA
336	DACARBAZINUM	C76.2	BRZUCH
337	DACARBAZINUM	C76.3	MIEDNICA
338	DACARBAZINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
339	DACARBAZINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
340	DACARBAZINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
341	DACARBAZINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
342	DACARBAZINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
343	DACARBAZINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
344	DACARBAZINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
345	DACARBAZINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	DACARBAZINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
347	DACARBAZINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
348	DACARBAZINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
349	DACARBAZINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
350	DACARBAZINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
351	DACARBAZINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
352	DACARBAZINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
353	DACARBAZINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
354	DACARBAZINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
355	DACARBAZINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
356	DACARBAZINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
357	DACARBAZINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
358	DACARBAZINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
359	DACARBAZINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
360	DACARBAZINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
361	DACARBAZINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
362	DACARBAZINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
363	DACARBAZINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
364	DACARBAZINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
365	DACARBAZINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
366	DACARBAZINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
367	DACARBAZINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368	DACARBAZINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
369	DACARBAZINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
370	DACARBAZINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371	DACARBAZINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
372	DACARBAZINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
373	DACARBAZINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
374	DACARBAZINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
375	DACARBAZINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
376	DACARBAZINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
377	DACARBAZINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
378	DACARBAZINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
379	DACARBAZINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
380	DACARBAZINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
381	DACARBAZINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
382	DACARBAZINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
383	DACARBAZINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
384	DACARBAZINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
385	DACARBAZINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
386	DACARBAZINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
387	DACARBAZINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
388	DACARBAZINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
389	DACARBAZINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
390	DACARBAZINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
391	DACARBAZINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
392	DACARBAZINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
393	DACARBAZINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
394	DACARBAZINUM	C83.8	INNE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
395	DACARBAZINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
396	DACARBAZINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
397	DACARBAZINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
398	DACARBAZINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
399	DACARBAZINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
400	DACARBAZINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
401	DACARBAZINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
402	DACARBAZINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
403	DACARBAZINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
404	DACARBAZINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
405	DACARBAZINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
406	DACARBAZINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
407	DACARBAZINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	DACARBAZINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
409	DACARBAZINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
410	DACARBAZINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
411	DACARBAZINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
412	DACARBAZINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
413	DACARBAZINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
414	DACARBAZINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	DACARBAZINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
416	DACARBAZINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
417	DACARBAZINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
418	DACARBAZINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
419	DACARBAZINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
420	DACARBAZINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
421	DACARBAZINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
422	DACARBAZINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
423	DACARBAZINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
424	DACARBAZINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
425	DACARBAZINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
426	DACARBAZINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
427	DACARBAZINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
428	DACARBAZINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
429	DACARBAZINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
430	DACARBAZINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
431	DACARBAZINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
432	DACARBAZINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
433	DACARBAZINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
434	DACARBAZINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
435	DACARBAZINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
436	DACARBAZINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
437	DACARBAZINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
438	DACARBAZINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	DACARBAZINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
440	DACARBAZINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
441	DACARBAZINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
442	DACARBAZINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
443	DACARBAZINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
444	DACARBAZINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
445	DACARBAZINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
446	DACARBAZINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
447	DACARBAZINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
448	DACARBAZINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
449	DACARBAZINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
450	DACARBAZINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
451	DACARBAZINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
452	DACARBAZINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
453	DACARBAZINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
454	DACARBAZINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
455	DACARBAZINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
456	DACARBAZINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
457	DACARBAZINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
458	DACARBAZINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
459	DACARBAZINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
460	DACARBAZINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
461	DACARBAZINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
462	DACARBAZINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
463	DACARBAZINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
464	DACARBAZINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
465	DACARBAZINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
466	DACARBAZINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
467	DACARBAZINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468	DACARBAZINUM	D01.2	ODBYTNICA
469	DACARBAZINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470	DACARBAZINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
471	DACARBAZINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
472	DACARBAZINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
473	DACARBAZINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
474	DACARBAZINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
475	DACARBAZINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
476	DACARBAZINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
477	DACARBAZINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
478	DACARBAZINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
479	DACARBAZINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
480	DACARBAZINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
481	DACARBAZINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
482	DACARBAZINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
483	DACARBAZINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
484	DACARBAZINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
485	DACARBAZINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
486	DACARBAZINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
487	DACARBAZINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
488	DACARBAZINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
489	DACARBAZINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
490	DACARBAZINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
491	DACARBAZINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
492	DACARBAZINUM	D07.1	SROM
493	DACARBAZINUM	D07.2	POCHWA
494	DACARBAZINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
495	DACARBAZINUM	D07.4	PRĄCIE
496	DACARBAZINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
497	DACARBAZINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
498	DACARBAZINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
499	DACARBAZINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
500	DACARBAZINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
501	DACARBAZINUM	D09.2	OKO
502	DACARBAZINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
503	DACARBAZINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
504	DACARBAZINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
505	DACARBAZINUM	D10	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
506	DACARBAZINUM	D10.0	WARGA
507	DACARBAZINUM	D10.1	JĘZYK
508	DACARBAZINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	DACARBAZINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
510	DACARBAZINUM	D10.4	MIGDAŁEK
511	DACARBAZINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
512	DACARBAZINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
513	DACARBAZINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
514	DACARBAZINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
515	DACARBAZINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
516	DACARBAZINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
517	DACARBAZINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
518	DACARBAZINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
519	DACARBAZINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
520	DACARBAZINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
521	DACARBAZINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
522	DACARBAZINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
523	DACARBAZINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
524	DACARBAZINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
525	DACARBAZINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
526	DACARBAZINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
527	DACARBAZINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
528	DACARBAZINUM	D12.8	ODBYTNICA
529	DACARBAZINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
530	DACARBAZINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
531	DACARBAZINUM	D13.0	PRZEŁYK



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	DACARBAZINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
533	DACARBAZINUM	D13.2	DWUNASTNICA
534	DACARBAZINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
535	DACARBAZINUM	D13.4	WĄTROBA
536	DACARBAZINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
537	DACARBAZINUM	D13.6	TRZUSTKA
538	DACARBAZINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
539	DACARBAZINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
540	DACARBAZINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
541	DACARBAZINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
542	DACARBAZINUM	D14.1	KRTAŃ
543	DACARBAZINUM	D14.2	TCHAWICA
544	DACARBAZINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
545	DACARBAZINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
546	DACARBAZINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
547	DACARBAZINUM	D15.0	GRASICA
548	DACARBAZINUM	D15.1	SERCE
549	DACARBAZINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
550	DACARBAZINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
551	DACARBAZINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
552	DACARBAZINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
553	DACARBAZINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
554	DACARBAZINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
555	DACARBAZINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
556	DACARBAZINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
557	DACARBAZINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
558	DACARBAZINUM	D16.5	ŻUCHWA
559	DACARBAZINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
560	DACARBAZINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
561	DACARBAZINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
562	DACARBAZINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
563	DACARBAZINUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	DACARBAZINUM	D18.0	NACZYNIANKA KRWIONOŚNA JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	DACARBAZINUM	D18.1	NACZYNIANKA CHŁONNA 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, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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 NADMIAREMBLASTÓW
709	DACARBAZINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
710	DACARBAZINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
711	DACARBAZINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
712	DACARBAZINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
713	DACARBAZINUM	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
714	DACARBAZINUM	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
715	DACARBAZINUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
716	DACARBAZINUM	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
717	DACARBAZINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
718	DACARBAZINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
719	DACARBAZINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
720	DACARBAZINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
721	DACARBAZINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
722	DACARBAZINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
723	DACARBAZINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
724	DACARBAZINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
725	DACARBAZINUM	D48.4	OTRZEWNA
726	DACARBAZINUM	D48.5	SKÓRA
727	DACARBAZINUM	D48.6	SUTEK
728	DACARBAZINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
729	DACARBAZINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
730	DACARBAZINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
731	DACARBAZINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
732	DACARBAZINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
733	DACARBAZINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
734	DACARBAZINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
735	DACARBAZINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
736	DACARBAZINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
737	DACARBAZINUM	E85.4	ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
738	DACARBAZINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
739	DACARBAZINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.19.

**DOCETAXELUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DO CETAXELUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	DO CETAXELUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	DO CETAXELUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	DO CETAXELUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	DO CETAXELUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	DO CETAXELUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	DO CETAXELUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	DO CETAXELUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	DO CETAXELUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	DO CETAXELUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	DO CETAXELUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	DO CETAXELUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	DO CETAXELUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	DO CETAXELUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	DO CETAXELUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	DO CETAXELUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	DO CETAXELUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	DO CETAXELUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	DO CETAXELUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	DO CETAXELUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DO CETAXELUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	DO CETAXELUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DO CETAXELUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DO CETAXELUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	DO CETAXELUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	DO CETAXELUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	DO CETAXELUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	DO CETAXELUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	DO CETAXELUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	DO CETAXELUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	DO CETAXELUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	DO CETAXELUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	DO CETAXELUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	DO CETAXELUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	DO CETAXELUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	DO CETAXELUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	DO CETAXELUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	DO CETAXELUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	DO CETAXELUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	DO CETAXELUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	DO CETAXELUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DO CETAXELUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	DO CETAXELUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	DO CETAXELUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	DO CETAXELUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	DO CETAXELUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	DO CETAXELUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	DO CETAXELUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	DO CETAXELUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	DO CETAXELUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	DO CETAXELUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	DO CETAXELUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	DO CETAXELUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	DO CETAXELUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	DO CETAXELUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	DO CETAXELUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	DO CETAXELUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	DO CETAXELUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	DO CETAXELUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	DO CETAXELUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	DO CETAXELUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	DO CETAXELUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	DO CETAXELUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	DO CETAXELUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	DO CETAXELUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	DO CETAXELUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	DO CETAXELUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DO CETAXELUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	DO CETAXELUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	DO CETAXELUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	DO CETAXELUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	DO CETAXELUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	DO CETAXELUM	C16.0	WPUST
80	DO CETAXELUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	DO CETAXELUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	DO CETAXELUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	DO CETAXELUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	DO CETAXELUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	DO CETAXELUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	DO CETAXELUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	DO CETAXELUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	DO CETAXELUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	DO CETAXELUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	DO CETAXELUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	DO CETAXELUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	DO CETAXELUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	DO CETAXELUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	DO CETAXELUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	DO CETAXELUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	DO CETAXELUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	DO CETAXELUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	DO CETAXELUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	DO CETAXELUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	DO CETAXELUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYNY
101	DO CETAXELUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYNY, NIEOKREŚLONE
102	DO CETAXELUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
103	DO CETAXELUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	DO CETAXELUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	DO CETAXELUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	DO CETAXELUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	DO CETAXELUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	DO CETAXELUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	DO CETAXELUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	DO CETAXELUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	DO CETAXELUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	DO CETAXELUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	DO CETAXELUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	DO CETAXELUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	DO CETAXELUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	DO CETAXELUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	DO CETAXELUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.20.

**DOXORUBICINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	DOXORUBICINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	DOXORUBICINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	DOXORUBICINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	DOXORUBICINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	DOXORUBICINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	DOXORUBICINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	DOXORUBICINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	DOXORUBICINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	DOXORUBICINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	DOXORUBICINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	DOXORUBICINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	DOXORUBICINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	DOXORUBICINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	DOXORUBICINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	DOXORUBICINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	DOXORUBICINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	DOXORUBICINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	DOXORUBICINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	DO XO RUBICINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	DO XO RUBICINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	DO XO RUBICINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	DO XO RUBICINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	DO XO RUBICINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	DO XO RUBICINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	DO XO RUBICINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	DO XO RUBICINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	DO XO RUBICINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	DO XO RUBICINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	DO XO RUBICINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	DO XO RUBICINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	DO XO RUBICINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	DO XO RUBICINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	DO XO RUBICINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	DO XO RUBICINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	DO XO RUBICINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	DO XO RUBICINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	DO XO RUBICINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	DO XO RUBICINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	DO XO RUBICINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	DO XO RUBICINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	DO XO RUBICINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	DO XO RUBICINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	DO XO RUBICINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	DO XO RUBICINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	DO XO RUBICINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	DO XO RUBICINUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	DO XO RUBICINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	DO XO RUBICINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY)(PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	DO XO RUBICINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	DO XO RUBICINUM	C09.9	MIGDALEK, NIEOKREŚLONY
52.	DO XO RUBICINUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	DO XO RUBICINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	DO XO RUBICINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	DO XO RUBICINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	DO XO RUBICINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	DO XO RUBICINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	DO XO RUBICINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	DO XO RUBICINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	DO XO RUBICINUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	DO XO RUBICINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	DO XO RUBICINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	DO XO RUBICINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	DO XO RUBICINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	DO XO RUBICINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	DO XO RUBICINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	DO XO RUBICINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	DO XO RUBICINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	DO XO RUBICINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	DO XO RUBICINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	DO XO RUBICINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	DO XO RUBICINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	DO XO RUBICINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	DO XO RUBICINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBREBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	DO XO RUBICINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	DO XO RUBICINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	DO XO RUBICINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	DO XO RUBICINUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79.	DO XO RUBICINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80.	DO XO RUBICINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81.	DO XO RUBICINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82.	DO XO RUBICINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83.	DO XO RUBICINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84.	DO XO RUBICINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85.	DO XO RUBICINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86.	DO XO RUBICINUM	C15.9	PRZEŁYK, 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.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	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.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C37	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.0	SERCE
170.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
172.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.4	OPŁUCNA
174.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
176.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
178.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
187.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.1	ŻUCHWA
189.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
207.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	DO XO RUBICINUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
212.	DO XO RUBICINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
213.	DO XO RUBICINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	DO XO RUBICINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
215.	DO XO RUBICINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	DO XO RUBICINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	DO XO RUBICINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	DO XO RUBICINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
219.	DO XO RUBICINUM	C47	NOWOTWORZY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	DO XO RUBICINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	DO XO RUBICINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	DO XO RUBICINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	DO XO RUBICINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
224.	DO XO RUBICINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	DO XO RUBICINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	DO XO RUBICINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	DO XO RUBICINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	DO XO RUBICINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	DO XO RUBICINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	DO XO RUBICINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	DO XO RUBICINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	DO XO RUBICINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	DO XO RUBICINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
234.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C54.3	DNO MACICY
270.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
277.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
278.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C57.3	PRZYMACICZA
279.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	DO XO RUBICINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	DO XO RUBICINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	DO XO RUBICINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	DO XO RUBICINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	DO XO RUBICINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	DO XO RUBICINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	DO XO RUBICINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	DO XO RUBICINUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	DO XO RUBICINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	DO XO RUBICINUM	C63.2	MOSZNA
292.	DO XO RUBICINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	DO XO RUBICINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	DO XO RUBICINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	DO XO RUBICINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	DO XO RUBICINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	DO XO RUBICINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	DO XO RUBICINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	DO XO RUBICINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	DO XO RUBICINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	DO XO RUBICINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	DO XO RUBICINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	DO XO RUBICINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	DO XO RUBICINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	DO XO RUBICINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	DO XO RUBICINUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	DO XO RUBICINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	DO XO RUBICINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	DO XO RUBICINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	DO XO RUBICINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	DO XO RUBICINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	DO XO RUBICINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	DO XO RUBICINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	DO XO RUBICINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	DO XO RUBICINUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	DO XO RUBICINUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	DO XO RUBICINUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	DO XO RUBICINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	DO XO RUBICINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	DO XO RUBICINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	DO XO RUBICINUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	DO XO RUBICINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	DO XO RUBICINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	DO XO RUBICINUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	DO XO RUBICINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	DO XO RUBICINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	DO XO RUBICINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	DO XO RUBICINUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	DO XO RUBICINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	DO XO RUBICINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	DO XO RUBICINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	DO XO RUBICINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	DO XO RUBICINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	DO XO RUBICINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	DO XO RUBICINUM	C71.6	MÓZDŻEK
336.	DO XO RUBICINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	DO XO RUBICINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	DO XO RUBICINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	DO XO RUBICINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	DO XO RUBICINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	DO XO RUBICINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	DO XO RUBICINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	DO XO RUBICINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	DO XO RUBICINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	DO XO RUBICINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	DO XO RUBICINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	DO XO RUBICINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	DO XO RUBICINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	DO XO RUBICINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	DO XO RUBICINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	DO XO RUBICINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	DO XO RUBICINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTYARCZOWY
355.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.3	SZYSZYNKA
358.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.2	BRZUCH
366.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.3	MIEDNICA
367.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
381.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEJ I ODBYTNICY
387.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNEJ
388.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCHUMIEJSCOWIEŃ
391.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIĘDNICZKI NERKOWEJ
392.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITA
423.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
445.	DO XO RUBICINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	DO XO RUBICINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	DO XO RUBICINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	DO XO RUBICINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	DO XO RUBICINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	DO XO RUBICINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	DO XO RUBICINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	DO XO RUBICINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	DO XO RUBICINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	DO XO RUBICINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
455.	DO XO RUBICINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	DO XO RUBICINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	DO XO RUBICINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	DO XO RUBICINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	DO XO RUBICINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	DO XO RUBICINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	DO XO RUBICINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	DO XO RUBICINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	DO XO RUBICINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	DO XO RUBICINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	DO XO RUBICINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	DO XO RUBICINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
467.	DO XO RUBICINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	DO XO RUBICINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.2	ODBYTNICA
478.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
481.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
486.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
488.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
492.	DO XO RUBICINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	DO XO RUBICINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	DO XO RUBICINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	DO XO RUBICINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	DO XO RUBICINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	DO XO RUBICINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	DO XO RUBICINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	DO XO RUBICINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	DO XO RUBICINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	DO XO RUBICINUM	D07.1	SROM
502.	DO XO RUBICINUM	D07.2	POCHWA
503.	DO XO RUBICINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	DO XO RUBICINUM	D07.4	PRĄCIE
505.	DO XO RUBICINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	DO XO RUBICINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	DO XO RUBICINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	DO XO RUBICINUM	D09.0	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.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28.0	SROM
597.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28.1	POCHWA
598.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.0	PRĄCIE
603.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.2	JĄDRO
605.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.3	NAJĄDRZE
606.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.4	MOSZNA
607.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30.0	NERKA
611.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	DO XO RUBICINUM	D30.2	MOCZOWÓD
613.	DO XO RUBICINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	DO XO RUBICINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	DO XO RUBICINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	DO XO RUBICINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	DO XO RUBICINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	DO XO RUBICINUM	D31.0	SPOJÓWKA
619.	DO XO RUBICINUM	D31.1	ROGÓWKA
620.	DO XO RUBICINUM	D31.2	SIATKÓWKA
621.	DO XO RUBICINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	DO XO RUBICINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	DO XO RUBICINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	DO XO RUBICINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	DO XO RUBICINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	DO XO RUBICINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH
627.	DO XO RUBICINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	DO XO RUBICINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	DO XO RUBICINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	DO XO RUBICINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	DO XO RUBICINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	DO XO RUBICINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	DO XO RUBICINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	DO XO RUBICINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	DO XO RUBICINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
636.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.0	NADNERCZA
641.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.2	PRZYSADKA
643.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.4	SZYSZYNKI
645.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
647.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
660.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.5	ODBYTNICA
662.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
663.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.0	KRTAŃ
667.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.2	OPŁUCNA
669.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.3	SRÓDPIERSIE
670.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.4	GRASICA
671.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39.0	MACICA
675.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39.1	JAJNIK
676.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40.1	JĄDRO
682.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.0	NERKA
686.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.2	MOCZOWÓD
688.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D44	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	DO XO RUBICINUM	D44.1	NADNERCZA
707.	DO XO RUBICINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	DO XO RUBICINUM	D44.3	PRZYSADKA
709.	DO XO RUBICINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	DO XO RUBICINUM	D44.5	SZYSZYNKI
711.	DO XO RUBICINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	DO XO RUBICINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
713.	DO XO RUBICINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	DO XO RUBICINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	DO XO RUBICINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	DO XO RUBICINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	DO XO RUBICINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	DO XO RUBICINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	DO XO RUBICINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	DO XO RUBICINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	DO XO RUBICINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	DO XO RUBICINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ 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.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
732.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
737.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY



Załącznik C.21.b.

## DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej  $\geq 200 \text{mg/m}^2$ ;

z uwzględnieniem przeciwwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
6	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
30	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.22.

**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY-DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
2.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
3.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
4.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
5.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
6.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
7.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
8.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
9.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
10.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
11.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
12.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
13.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
14.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
15.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
16.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
17.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
18.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
19.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
20.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
21.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
22.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
23.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA

Załącznik C.23.

**EPIRUBICINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
9	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
10	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
11	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
12	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
13	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
14	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
15	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
16	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
17	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.0	WPUST
19	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
20	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
22	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
23	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
24	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
25	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
26	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
27	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
28	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
29	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
30	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
31	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
32	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
33	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
34	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
36	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
37	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
38	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
39	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
40	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
41	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
42	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
43	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.1	ŻUCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
45	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
46	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
47	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
48	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
49	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOS'EGO
50	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOS'EGO SKÓRY
51	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOS'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
52	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOS'EGO PODNIEBIENIA
53	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOS'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
54	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOS'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
55	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOS'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
56	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOS'EGO, NIEOKREŚLONY
57	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
58	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
59	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
60	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
61	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
62	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
63	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
64	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
65	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
66	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
68	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
69	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
70	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
71	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
72	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
73	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
74	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
75	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
76	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
77	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
78	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
79	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
80	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
81	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
82	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
83	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
84	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
85	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
86	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
87	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
88	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
89	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
91	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
92	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
93	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.0	CIEŚŃ MACICY
94	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
95	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
96	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.3	DNO MACICY
97	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
98	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
99	<b>EPIRUBICINUM</b>	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
100	<b>EPIRUBICINUM</b>	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
101	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
103	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
104	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
105	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.3	PRZYMATICZA
106	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
107	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
108	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
109	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
110	<b>EPIRUBICINUM</b>	C80	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
112	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
113	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
115	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
116	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
117	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
118	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
119	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
120	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
121	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
122	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
123	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
124	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
125	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
126	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
127	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
128	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
129	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
130	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
131	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
132	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
133	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
134	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
135	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
136	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
138	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
139	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
140	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
141	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
142	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
143	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
144	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
145	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
146	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
147	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
148	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
149	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
150	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
151	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
152	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
153	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
154	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
155	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
156	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNAKOMÓRKOWA
157	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
158	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
159	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
160	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.1	PRZEWELEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
162	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
163	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
164	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
165	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
166	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
167	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
168	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
169	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
170	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
171	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
172	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
173	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
174	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
175	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
176	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
177	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
178	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
179	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
180	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
181	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
182	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
183	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
184	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
186	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
187	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
188	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
189	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
190	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
191	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
192	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
193	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
194	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
195	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
196	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
197	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
198	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
199	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
200	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
201	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
202	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
203	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
204	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
205	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
206	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
208	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.4	OTRZEWNA
209	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.5	SKÓRA
210	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.6	SUTEK
211	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
212	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
213	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
214	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
215	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
216	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
217	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
218	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
219	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
220	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.24.

**ETOPOSIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	<b>ETOPOSIDUM</b>	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	<b>ETOPOSIDUM</b>	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	<b>ETOPOSIDUM</b>	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	<b>ETOPOSIDUM</b>	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	<b>ETOPOSIDUM</b>	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	<b>ETOPOSIDUM</b>	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	<b>ETOPOSIDUM</b>	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	<b>ETOPOSIDUM</b>	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	<b>ETOPOSIDUM</b>	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	<b>ETOPOSIDUM</b>	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05.2	JĘZYCZEK
33	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	<b>ETOPOSIDUM</b>	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	<b>ETOPOSIDUM</b>	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	<b>ETO POSIDUM</b>	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	<b>ETO POSIDUM</b>	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	<b>ETO POSIDUM</b>	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	<b>ETO POSIDUM</b>	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	<b>ETO POSIDUM</b>	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	<b>ETO POSIDUM</b>	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	<b>ETO POSIDUM</b>	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	<b>ETO POSIDUM</b>	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	<b>ETO POSIDUM</b>	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	<b>ETO POSIDUM</b>	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	<b>ETO POSIDUM</b>	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	<b>ETO POSIDUM</b>	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	<b>ETO POSIDUM</b>	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	<b>ETO POSIDUM</b>	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	<b>ETO POSIDUM</b>	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	<b>ETO POSIDUM</b>	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	<b>ETO POSIDUM</b>	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	<b>ETO POSIDUM</b>	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	<b>ETO POSIDUM</b>	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	<b>ETO POSIDUM</b>	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	<b>ETO POSIDUM</b>	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	<b>ETO POSIDUM</b>	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	<b>ETO POSIDUM</b>	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	<b>ETO POSIDUM</b>	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.0	WPUST
80	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
84	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.1	JELITO CZCZE
91	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
92	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.7	ESICA
104	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	<b>ETOPOSIDUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	<b>ETOPOSIDUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	<b>ETOPOSIDUM</b>	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	<b>EIO POSIDUM</b>	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	<b>EIO POSIDUM</b>	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	<b>EIO POSIDUM</b>	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	<b>EIO POSIDUM</b>	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	<b>EIO POSIDUM</b>	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	<b>EIO POSIDUM</b>	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	<b>EIO POSIDUM</b>	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	<b>EIO POSIDUM</b>	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	<b>ETOPOSIDUM</b>	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	<b>ETOPOSIDUM</b>	C26.1	ŚLEDZIONA
139	<b>ETOPOSIDUM</b>	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	<b>ETOPOSIDUM</b>	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	<b>ETOPOSIDUM</b>	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	<b>ETOPOSIDUM</b>	C30.0	JAMA NOSOWA
143	<b>ETOPOSIDUM</b>	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	<b>ETOPOSIDUM</b>	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	<b>ETOPOSIDUM</b>	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.0	SERCE
162	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.4	OPŁUCNA
166	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	<b>ETOPOSIDUM</b>	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	<b>ETOPOSIDUM</b>	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	<b>ETOPOSIDUM</b>	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	<b>ETOPOSIDUM</b>	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	<b>ETOPOSIDUM</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	<b>ETOPOSIDUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	<b>ETOPOSIDUM</b>	C41.1	ŻUCHWA
181	<b>ETOPOSIDUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	<b>ETOPOSIDUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	<b>ETIOPSIDUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	<b>ETIOPSIDUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	<b>ETIOPSIDUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
198	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
199	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
201	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
205	<b>ETIOPSIDUM</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
207	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
208	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
209	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
210	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
211	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
212	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
213	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
215	<b>ETO POSIDUM</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
216	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
217	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
218	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
219	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
220	<b>ETO POSIDUM</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
221	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
222	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
223	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
224	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
225	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
226	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
227	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
229	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
230	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKI
231	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
232	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKI
233	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKI
234	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKI
235	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKI
236	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKI
237	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKI
238	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKI
239	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
240	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
241	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
242	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
243	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51.2	ŁECHTACZKA
244	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
245	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
246	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
247	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
248	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
249	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
250	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
251	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	<b>ETO POSIDUM</b>	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
253	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.0	CIEŚŃ MACICY
254	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
255	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
256	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.3	DNO MACICY
257	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
258	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
259	<b>ETO POSIDUM</b>	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
260	<b>ETO POSIDUM</b>	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
261	<b>ETO POSIDUM</b>	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
262	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
263	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
264	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
265	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.3	PRZYMATICZA
266	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
267	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
268	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
270	<b>ETO POSIDUM</b>	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
271	<b>ETO POSIDUM</b>	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
272	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.0	NAPLETEK
273	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
274	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.2	TRZON PRĄCIA
275	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
277	<b>ETO POSIDUM</b>	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	<b>ETO POSIDUM</b>	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	<b>ETO POSIDUM</b>	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	<b>ETO POSIDUM</b>	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	<b>ETO POSIDUM</b>	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	<b>ETO POSIDUM</b>	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.0	NAJĄDRZE
284	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.2	MOSZNA
286	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	<b>ETO POSIDUM</b>	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	<b>ETO POSIDUM</b>	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	<b>ETO POSIDUM</b>	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	<b>ETO POSIDUM</b>	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
293	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
294	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
295	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
296	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
297	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
298	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
299	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK
301	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C69.0	SPOJÓWKA
310	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C69.1	ROGÓWKA
311	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C69.2	SIATKÓWKA
312	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C69.6	OCZODÓŁ
316	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C70.1	OPONY RDZENIOWE
321	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
324	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71.6	MÓZDŻEK
330	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	<b>ETIOPSIDUM</b>	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	<b>ETIOPSIDUM</b>	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	<b>ETIOPSIDUM</b>	C72.1	OGON KOŃSKI
336	<b>ETIOPSIDUM</b>	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	<b>ETIOPSIDUM</b>	C72.3	NERW WZROKOWY
338	<b>ETIOPSIDUM</b>	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	<b>ETIOPSIDUM</b>	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	<b>ETIOPSIDUM</b>	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	<b>ETIOPSIDUM</b>	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	<b>ETIOPSIDUM</b>	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	<b>ETIOPSIDUM</b>	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	<b>ETIOPSIDUM</b>	C74.0	KORA NADNERCZY
345	<b>ETIOPSIDUM</b>	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
346	<b>ETIOPSIDUM</b>	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
347	<b>EIO POSIDUM</b>	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.3	SZYSZYNKA
352	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	<b>EIO POSIDUM</b>	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.2	BRZUCH
360	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.3	MIEDNICA
361	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	<b>EIO POSIDUM</b>	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
371	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	<b>EIO POSIDUM</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
375	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	<b>EIO POSIDUM</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
392	<b>ETO POSIDUM</b>	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	<b>ETO POSIDUM</b>	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	<b>ETO POSIDUM</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	<b>ETO POSIDUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
396	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	<b>ETO POSIDUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	<b>ETO POSIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	<b>ETO POSIDUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	<b>ETO POSIDUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	<b>ETO POSIDUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	<b>ETO POSIDUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	<b>ETO POSIDUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	<b>ETO POSIDUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
421	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
422	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	<b>ETO POSIDUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
428	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	<b>ETO POSIDUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
433	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	<b>ETO POSIDUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	<b>ETIOPSIDUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	<b>ETIOPSIDUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNIKOMÓRKOWA
441	<b>ETIOPSIDUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	<b>ETIOPSIDUM</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	<b>ETIOPSIDUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
444	<b>ETIOPSIDUM</b>	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	<b>ETIOPSIDUM</b>	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
446	<b>ETIOPSIDUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	<b>ETIOPSIDUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	<b>ETIOPSIDUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	<b>ETIOPSIDUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	<b>ETIOPSIDUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	<b>ETIOPSIDUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	<b>ETIOPSIDUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	<b>ETIOPSIDUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	<b>ETIOPSIDUM</b>	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	<b>ETIOPSIDUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	<b>ETIOPSIDUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	<b>ETIOPSIDUM</b>	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	<b>ETIOPSIDUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	<b>ETIOPSIDUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	<b>ETIOPSIDUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	<b>ETIOPSIDUM</b>	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	<b>ETIOPSIDUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
463	<b>ETO POSIDUM</b>	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	<b>ETO POSIDUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	<b>ETO POSIDUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	<b>ETO POSIDUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
471	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	<b>ETO POSIDUM</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	<b>ETO POSIDUM</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
486	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.0	OKRĘŻNICA
490	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.2	ODBYTNICA
492	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
495	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03	CZERNIAK IN SITU
498	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
500	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.1	SROM
516	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.2	POCHWA
517	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.4	PRĄCIE
519	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
520	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
523	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.2	OKO
525	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D10.0	WARGA
530	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D10.1	JĘZYK
531	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
533	<b>EIO POSIDUM</b>	D10.4	MIGDAŁEK
534	<b>EIO POSIDUM</b>	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	<b>EIO POSIDUM</b>	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	<b>EIO POSIDUM</b>	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	<b>EIO POSIDUM</b>	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	<b>EIO POSIDUM</b>	D11	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	<b>EIO POSIDUM</b>	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	<b>EIO POSIDUM</b>	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	<b>EIO POSIDUM</b>	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	<b>EIO POSIDUM</b>	D12	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
545	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.8	ODBYTNICA
552	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	<b>EIO POSIDUM</b>	D13	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	<b>EIO POSIDUM</b>	D13.0	PRZEŁYK
555	<b>EIO POSIDUM</b>	D13.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
556	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.2	DWUNASTNICA
557	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.4	WĄTROBA
559	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.6	TRZUSTKA
561	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14.1	KRTAŃ
566	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14.2	TCHAWICA
567	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
570	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15.0	GRASICA
571	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15.1	SERCE
572	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
579	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.5	ŻUCHWA
582	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	<b>ETOPOSIDUM</b>	D18	NACZYNIKI KRWIONOŚNE I NACZYNIKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
587	<b>ETOPOSIDUM</b>	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
588	<b>ETOPOSIDUM</b>	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
589	<b>ETOPOSIDUM</b>	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
590	<b>ETOPOSIDUM</b>	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
591	<b>ETOPOSIDUM</b>	D20.1	OTRZEWNA
592	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
593	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
594	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
595	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
596	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
597	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
598	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
599	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
600	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
601	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
602	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
603	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28.0	SROM
604	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28.1	POCHWA
605	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
606	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
609	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.0	PRĄCIE
610	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
611	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.2	JĄDRO
612	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.3	NAJĄDRZE
613	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.4	MOSZNA
614	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
617	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.0	NERKA
618	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
619	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.2	MOCZOWÓD
620	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
621	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.4	CEWKA MOCZOWA
622	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
623	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
624	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.0	SPOJÓWKA
626	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.1	ROGÓWKA
627	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.2	SIATKÓWKA
628	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.3	NACZYNIÓWKA
629	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
630	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
631	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
632	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
633	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH
634	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32.0	OPONY MÓZGOWE
635	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32.1	OPONY RDZENIOWE
636	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
637	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
638	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
639	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
640	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
641	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.3	NERWY CZASZKOWE
642	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
643	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
644	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
645	<b>ETOPOSIDUM</b>	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
646	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
647	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
648	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.1	PRZYTARCZYCE
649	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.2	PRZYSADKA
650	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
651	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.4	SZYSZYNKA
652	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
653	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
654	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
656	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
657	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
658	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
659	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
660	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
661	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
662	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
663	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
664	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.1	ŻOŁĄDEK
665	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.2	JELITO CIENKIE
666	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.3	JELIO ŚLEPE
667	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.4	OKRĘŻNICA
668	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.5	ODBYTNICA
669	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
670	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
671	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	<b>ETO POSIDUM</b>	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
673	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.0	KRTAŃ
674	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
675	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.2	OPLUCNA
676	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.3	SRÓDPIERSIE
677	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.4	GRASICA
678	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
679	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
680	<b>ETO POSIDUM</b>	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
681	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.0	MACICA
682	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.1	JAJNIK
683	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.2	ŁOŻYSKO
684	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
685	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
686	<b>ETO POSIDUM</b>	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
687	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
688	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.1	JĄDRO
689	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
690	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
691	<b>ETO POSIDUM</b>	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
692	<b>ETO POSIDUM</b>	D41.0	NERKA
693	<b>ETO POSIDUM</b>	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
694	<b>ETIOPSIDUM</b>	D41.2	MOCZOWÓD
695	<b>ETIOPSIDUM</b>	D41.3	CEWKA MOCZOWA
696	<b>ETIOPSIDUM</b>	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
697	<b>ETIOPSIDUM</b>	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
698	<b>ETIOPSIDUM</b>	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
699	<b>ETIOPSIDUM</b>	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
700	<b>ETIOPSIDUM</b>	D42.0	OPONY MÓZGOWE
701	<b>ETIOPSIDUM</b>	D42.1	OPONY RDZENIOWE
702	<b>ETIOPSIDUM</b>	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
703	<b>ETIOPSIDUM</b>	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
704	<b>ETIOPSIDUM</b>	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
705	<b>ETIOPSIDUM</b>	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
706	<b>ETIOPSIDUM</b>	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
707	<b>ETIOPSIDUM</b>	D43.3	NERWY CZASZKOWE
708	<b>ETIOPSIDUM</b>	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
709	<b>ETIOPSIDUM</b>	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
710	<b>ETIOPSIDUM</b>	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
711	<b>ETIOPSIDUM</b>	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
712	<b>ETIOPSIDUM</b>	D44.0	TARCZYCA
713	<b>ETIOPSIDUM</b>	D44.1	NADNERCZA
714	<b>ETIOPSIDUM</b>	D44.2	PRZYTARCZYCE
715	<b>ETIOPSIDUM</b>	D44.3	PRZYSADKA
716	<b>ETIOPSIDUM</b>	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
717	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.5	SZYSZYNKA
718	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
719	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZYWOJOWE
720	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
721	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
722	<b>ETOPOSIDUM</b>	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
723	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
724	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
725	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
726	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
727	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
728	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
729	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
730	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
731	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
732	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
733	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
734	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
735	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
736	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
737	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
738	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
739	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
740	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
741	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
742	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
743	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.4	OTRZEWNA
744	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.5	SKÓRA
745	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.6	SUTEK
746	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
747	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
748	<b>ETOPOSIDUM</b>	D63.0	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□)
749	<b>ETOPOSIDUM</b>	D63.8	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHOROBY PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ
750	<b>ETOPOSIDUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
751	<b>ETOPOSIDUM</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
752	<b>ETOPOSIDUM</b>	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
753	<b>ETOPOSIDUM</b>	D81.9	ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE
754	<b>ETOPOSIDUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	<b>ETOPOSIDUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	<b>ETOPOSIDUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	<b>ETOPOSIDUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	<b>ETOPOSIDUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
759	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
761	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.25.

**FLUDARABINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FLUDARABINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2	FLUDARABINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	FLUDARABINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	FLUDARABINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	FLUDARABINUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
6	FLUDARABINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	FLUDARABINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	FLUDARABINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	FLUDARABINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	FLUDARABINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	FLUDARABINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	FLUDARABINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	FLUDARABINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	FLUDARABINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	FLUDARABINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	FLUDARABINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	FLUDARABINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	FLUDARABINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	FLUDARABINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	FLUDARABINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	FLUDARABINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	FLUDARABINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	FLUDARABINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	FLUDARABINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	FLUDARABINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	FLUDARABINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	FLUDARABINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28	FLUDARABINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	FLUDARABINUM	C84.3	CHŁONIAK 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 DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
51	FLUDARABINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	FLUDARABINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	FLUDARABINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	FLUDARABINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	FLUDARABINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	FLUDARABINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	FLUDARABINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	FLUDARABINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	FLUDARABINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	FLUDARABINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	FLUDARABINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	FLUDARABINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	FLUDARABINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	FLUDARABINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	FLUDARABINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66	FLUDARABINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUDARABINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	FLUDARABINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	FLUDARABINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	FLUDARABINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	FLUDARABINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	FLUDARABINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	FLUDARABINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	FLUDARABINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	FLUDARABINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	FLUDARABINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	FLUDARABINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	FLUDARABINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	FLUDARABINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	FLUDARABINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	FLUDARABINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	FLUDARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
83	FLUDARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
84	FLUDARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
85	FLUDARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
86	FLUDARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
87	FLUDARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
88	FLUDARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
89	FLUDARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUDARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.26.

**FLUOROURACILUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FLUOROURACILUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	FLUOROURACILUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	FLUOROURACILUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	FLUOROURACILUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	FLUOROURACILUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	FLUOROURACILUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	FLUOROURACILUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	FLUOROURACILUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	FLUOROURACILUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	FLUOROURACILUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	FLUOROURACILUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	FLUOROURACILUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	FLUOROURACILUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	FLUOROURACILUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	FLUOROURACILUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	FLUOROURACILUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	FLUOROURACILUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	FLUOROURACILUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	FLUOROURACILUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	FLUORO URACILUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	FLUORO URACILUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	FLUORO URACILUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	FLUORO URACILUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	FLUORO URACILUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	FLUORO URACILUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	FLUORO URACILUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	FLUORO URACILUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	FLUORO URACILUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	FLUORO URACILUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	FLUORO URACILUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	FLUORO URACILUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	FLUORO URACILUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	FLUORO URACILUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	FLUORO URACILUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	FLUORO URACILUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	FLUORO URACILUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	FLUORO URACILUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	FLUORO URACILUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	FLUORO URACILUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	FLUORO URACILUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	FLUORO URACILUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	FLUORO URACILUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	FLUORO URACILUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	FLUORO URACILUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	FLUORO URACILUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	FLUORO URACILUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	FLUORO URACILUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	FLUORO URACILUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	FLUORO URACILUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	FLUORO URACILUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	FLUORO URACILUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	FLUORO URACILUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	FLUORO URACILUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	FLUORO URACILUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	FLUORO URACILUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	FLUORO URACILUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	FLUORO URACILUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	FLUORO URACILUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	FLUORO URACILUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	FLUORO URACILUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	FLUORO URACILUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	FLUORO URACILUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	FLUORO URACILUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	FLUORO URACILUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	FLUORO URACILUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	FLUORO URACILUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUORO URACILUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	FLUORO URACILUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	FLUORO URACILUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	FLUORO URACILUM	C13.1	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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	FLUORO URACILUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	FLUORO URACILUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	FLUORO URACILUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	FLUORO URACILUM	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	FLUORO URACILUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	FLUORO URACILUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	FLUORO URACILUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	FLUORO URACILUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	FLUORO URACILUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	FLUORO URACILUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	FLUORO URACILUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	FLUORO URACILUM	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	FLUORO URACILUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	FLUORO URACILUM	C16.0	WPUST
89	FLUORO URACILUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUORO URACILUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	FLUORO URACILUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	FLUORO URACILUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93	FLUORO URACILUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94	FLUORO URACILUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	FLUORO URACILUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	FLUORO URACILUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	FLUORO URACILUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	FLUORO URACILUM	C17.0	DWUNASTNICA
99	FLUORO URACILUM	C17.1	JELITO CZCZE
100	FLUORO URACILUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101	FLUORO URACILUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102	FLUORO URACILUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	FLUORO URACILUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	FLUORO URACILUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	FLUORO URACILUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	FLUORO URACILUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	FLUORO URACILUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	FLUORO URACILUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	FLUORO URACILUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	FLUORO URACILUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	FLUORO URACILUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	FLUORO URACILUM	C18.7	ESICA
113	FLUORO URACILUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	FLUORO URACILUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	FLUORO URACILUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	FLUORO URACILUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	FLUORO URACILUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	FLUORO URACILUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119	FLUORO URACILUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	FLUORO URACILUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	FLUORO URACILUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	FLUORO URACILUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	FLUORO URACILUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	FLUORO URACILUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	FLUORO URACILUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	FLUORO URACILUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	FLUORO URACILUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	FLUORO URACILUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	FLUORO URACILUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	FLUORO URACILUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131	FLUORO URACILUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	FLUORO URACILUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	FLUORO URACILUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	FLUORO URACILUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	FLUORO URACILUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	FLUORO URACILUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	FLUOROURACILUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	FLUOROURACILUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	FLUOROURACILUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	FLUOROURACILUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	FLUOROURACILUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWDZIELNICZA TRZUSTKI
142	FLUOROURACILUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143	FLUOROURACILUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	FLUOROURACILUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	FLUOROURACILUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	FLUOROURACILUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	FLUOROURACILUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148	FLUOROURACILUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	FLUOROURACILUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	FLUOROURACILUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	FLUOROURACILUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152	FLUOROURACILUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	FLUOROURACILUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	FLUOROURACILUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	FLUOROURACILUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	FLUOROURACILUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	FLUOROURACILUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	FLUOROURACILUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	FLUOROURACILUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	FLUOROURACILUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	FLUOROURACILUM	C32.0	GŁOŚNIA
162	FLUOROURACILUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	FLUOROURACILUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	FLUOROURACILUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	FLUOROURACILUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	FLUOROURACILUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	FLUOROURACILUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
168	FLUOROURACILUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
169	FLUOROURACILUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
170	FLUOROURACILUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
171	FLUOROURACILUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
172	FLUOROURACILUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
173	FLUOROURACILUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
174	FLUOROURACILUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
175	FLUOROURACILUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
176	FLUOROURACILUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
177	FLUOROURACILUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
178	FLUOROURACILUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
179	FLUOROURACILUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
180	FLUOROURACILUM	C51.2	ŁECHTACZKA
181	FLUOROURACILUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
182	FLUOROURACILUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
183	FLUOROURACILUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
184	FLUOROURACILUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	FLUORO URACILUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
186	FLUORO URACILUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
187	FLUORO URACILUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
188	FLUORO URACILUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
189	FLUORO URACILUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
190	FLUORO URACILUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
191	FLUORO URACILUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
192	FLUORO URACILUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
193	FLUORO URACILUM	C54.3	DNO MACICY
194	FLUORO URACILUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
195	FLUORO URACILUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
196	FLUORO URACILUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
197	FLUORO URACILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
198	FLUORO URACILUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
199	FLUORO URACILUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
200	FLUORO URACILUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
201	FLUORO URACILUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
202	FLUORO URACILUM	C57.3	PRZYMACICZA
203	FLUORO URACILUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
204	FLUORO URACILUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
205	FLUORO URACILUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
206	FLUORO URACILUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
207	FLUORO URACILUM	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
208	FLUORO URACILUM	C60.0	NAPLETEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209	FLUORO URACILUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
210	FLUORO URACILUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
211	FLUORO URACILUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
212	FLUORO URACILUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
213	FLUORO URACILUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
214	FLUORO URACILUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
215	FLUORO URACILUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
216	FLUORO URACILUM	C76.2	BRZUCH
217	FLUORO URACILUM	C76.3	MIEDNICA
218	FLUORO URACILUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
219	FLUORO URACILUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
220	FLUORO URACILUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
221	FLUORO URACILUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
222	FLUORO URACILUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
223	FLUORO URACILUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
224	FLUORO URACILUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
225	FLUORO URACILUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
226	FLUORO URACILUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
227	FLUORO URACILUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
228	FLUORO URACILUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
229	FLUORO URACILUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
230	FLUORO URACILUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
231	FLUORO URACILUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	FLUORO URACILUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	FLUORO URACILUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	FLUORO URACILUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	FLUORO URACILUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	FLUORO URACILUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	FLUORO URACILUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	FLUORO URACILUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	FLUORO URACILUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	FLUORO URACILUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	FLUORO URACILUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	FLUORO URACILUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	FLUORO URACILUM	C97	NOWOTWORZY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	FLUORO URACILUM	D48	NOWOTWORZY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	FLUORO URACILUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	FLUORO URACILUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	FLUORO URACILUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	FLUORO URACILUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
249	FLUORO URACILUM	D48.4	OTRZEWNA
250	FLUORO URACILUM	D48.5	SKÓRA
251	FLUORO URACILUM	D48.6	SUTEK
252	FLUORO URACILUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	FLUORO URACILUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.27.

**FULVESTRANT**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FULVESTRANT	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2	FULVESTRANT	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3	FULVESTRANT	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4	FULVESTRANT	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5	FULVESTRANT	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6	FULVESTRANT	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7	FULVESTRANT	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8	FULVESTRANT	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9	FULVESTRANT	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10	FULVESTRANT	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.28.

**GEMCYTABINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>GEMCYTABINUM</b>	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	<b>GEMCYTABINUM</b>	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	<b>GEMCYTABINUM</b>	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	<b>GEMCYTABINUM</b>	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	<b>GEMCYTABINUM</b>	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	<b>GEMCYTABINUM</b>	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	<b>GEMCYTABINUM</b>	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	<b>GEMCYTABINUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
9	<b>GEMCYTABINUM</b>	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
10	<b>GEMCYTABINUM</b>	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
11	<b>GEMCYTABINUM</b>	C24.0	ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
12	<b>GEMCYTABINUM</b>	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
13	<b>GEMCYTABINUM</b>	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
14	<b>GEMCYTABINUM</b>	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
15	<b>GEMCYTABINUM</b>	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
16	<b>GEMCYTABINUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
17	<b>GEMCYTABINUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
18	<b>GEMCYTABINUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
19	<b>GEMCYTABINUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
20	<b>GEMCYTABINUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
21	<b>GEMCYTABINUM</b>	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 SLUZOWA 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	PRZYM ACICZA
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 PĘCZERZA MOCZOWEGO
91	GEMCYTABINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
92	GEMCYTABINUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
93	GEMCYTABINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
94	GEMCYTABINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
95	GEMCYTABINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
96	GEMCYTABINUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
97	GEMCYTABINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
98	GEMCYTABINUM	C67.7	MOCZOWNIK
99	GEMCYTABINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA 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 CZYNNIEJ 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	<b>GEMCYTABINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
122	<b>GEMCYTABINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
123	<b>GEMCYTABINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
124	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
125	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
126	<b>GEMCYTABINUM</b>	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	<b>GEMCYTABINUM</b>	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	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
129	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
130	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>w przypadku:</i> pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
131	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) <i>w przypadku:</i> pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
132	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA <i>w przypadku:</i> pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
133	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku:</i> pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
134	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku:</i> pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
135	<b>GEMCYTABINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku:</i> pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
136	<b>GEMCYTABINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY <i>w przypadku:</i> pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
137	<b>GEMCYTABINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO <i>w przypadku:</i> pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
138	<b>GEMCYTABINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T <i>w przypadku:</i> pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
139	<b>GEMCYTABINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY <i>w przypadku:</i> pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
140	<b>GEMCYTABINUM</b>	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	<b>GEMCYTABINUM</b>	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	<b>GEMCYTABINUM</b>	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	<b>GEMCYTABINUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
144	<b>GEMCYTABINUM</b>	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	<b>GEMCYTABINUM</b>	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	<b>GEMCYTABINUM</b>	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	<b>IDARUBICIN</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
2	<b>IDARUBICIN</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
3	<b>IDARUBICIN</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
4	<b>IDARUBICIN</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
5	<b>IDARUBICIN</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
6	<b>IDARUBICIN</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
7	<b>IDARUBICIN</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
8	<b>IDARUBICIN</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TŁOŃCZA, NIEOKREŚLONE
9	<b>IDARUBICIN</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
10	<b>IDARUBICIN</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
11	<b>IDARUBICIN</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
12	<b>IDARUBICIN</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
13	<b>IDARUBICIN</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
14	<b>IDARUBICIN</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
15	<b>IDARUBICIN</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
16	<b>IDARUBICIN</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
17	<b>IDARUBICIN</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
18	<b>IDARUBICIN</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	IDARUBICIN	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
20	IDARUBICIN	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
21	IDARUBICIN	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
22	IDARUBICIN	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
23	IDARUBICIN	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
24	IDARUBICIN	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
25	IDARUBICIN	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
26	IDARUBICIN	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
27	IDARUBICIN	C74.0	KORA NADNERCZY
28	IDARUBICIN	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
29	IDARUBICIN	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
30	IDARUBICIN	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
31	IDARUBICIN	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
32	IDARUBICIN	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
33	IDARUBICIN	C76.2	BRZUCH
34	IDARUBICIN	C76.3	MIEDNICA
35	IDARUBICIN	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
36	IDARUBICIN	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
37	IDARUBICIN	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
38	IDARUBICIN	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
39	IDARUBICIN	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
40	IDARUBICIN	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
41	IDARUBICIN	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	IDARUBICIN	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
43	IDARUBICIN	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
44	IDARUBICIN	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	IDARUBICIN	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	IDARUBICIN	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	IDARUBICIN	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	IDARUBICIN	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	IDARUBICIN	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	IDARUBICIN	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
51	IDARUBICIN	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	IDARUBICIN	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	IDARUBICIN	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	IDARUBICIN	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	IDARUBICIN	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	IDARUBICIN	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	IDARUBICIN	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	IDARUBICIN	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	IDARUBICIN	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	IDARUBICIN	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	IDARUBICIN	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	IDARUBICIN	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	IDARUBICIN	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	IDARUBICIN	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	IDARUBICIN	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	IDARUBICIN	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67	IDARUBICIN	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	IDARUBICIN	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	IDARUBICIN	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	IDARUBICIN	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	IDARUBICIN	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	IDARUBICIN	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	IDARUBICIN	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	IDARUBICIN	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	IDARUBICIN	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	IDARUBICIN	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	IDARUBICIN	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	IDARUBICIN	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	IDARUBICIN	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	IDARUBICIN	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	IDARUBICIN	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	IDARUBICIN	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83	IDARUBICIN	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
84	IDARUBICIN	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
85	IDARUBICIN	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
86	IDARUBICIN	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
87	IDARUBICIN	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88	<b>IDARUBICIN</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
89	<b>IDARUBICIN</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
90	<b>IDARUBICIN</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
91	<b>IDARUBICIN</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
92	<b>IDARUBICIN</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
93	<b>IDARUBICIN</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
94	<b>IDARUBICIN</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
95	<b>IDARUBICIN</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
96	<b>IDARUBICIN</b>	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.31.

**IFOSFAMIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	IFOSFAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	IFOSFAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	IFOSFAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	IFOSFAMIDUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	IFOSFAMIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	IFOSFAMIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	IFOSFAMIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	IFOSFAMIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	IFOSFAMIDUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	IFOSFAMIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	IFOSFAMIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	IFOSFAMIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	IFOSFAMIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	IFOSFAMIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	IFOSFAMIDUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	IFOSFAMIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	IFOSFAMIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	IFOSFAMIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	IFOSFAMIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	IFOSFAMIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	IFOSFAMIDUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	IFOSFAMIDUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	IFOSFAMIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	IFOSFAMIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	IFOSFAMIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	IFOSFAMIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	IFOSFAMIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	IFOSFAMIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	IFOSFAMIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY)(PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	IFOSFAMIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	IFOSFAMIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	IFOSFAMIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	IFOSFAMIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	IFOSFAMIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	IFOSFAMIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	IFOSFAMIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	IFOSFAMIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	IFOSFAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	IFOSFAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	IFOSFAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	IFOSFAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	IFOSFAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	IFOSFAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	IFOSFAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	IFOSFAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	IFOSFAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	IFOSFAMIDUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	IFOSFAMIDUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	IFOSFAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKIPIERŚCIENIOWATEJ
70	IFOSFAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71	IFOSFAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	IFOSFAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	IFOSFAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	IFOSFAMIDUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	IFOSFAMIDUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	IFOSFAMIDUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	IFOSFAMIDUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	IFOSFAMIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	IFOSFAMIDUM	C16.0	WPUST
80	IFOSFAMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	IFOSFAMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	IFOSFAMIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	IFOSFAMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	IFOSFAMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	IFOSFAMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	IFOSFAMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	IFOSFAMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	IFOSFAMIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	IFOSFAMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
90	IFOSFAMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	IFOSFAMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	IFOSFAMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	IFOSFAMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	IFOSFAMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	IFOSFAMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C18.7	ESICA
104	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
113	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
121	IFOSFAMIDUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	IFOSFAMIDUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	IFOSFAMIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	IFOSFAMIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	IFOSFAMIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	IFOSFAMIDUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	IFOSFAMIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	IFOSFAMIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	IFOSFAMIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	IFOSFAMIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	IFOSFAMIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	IFOSFAMIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	IFOSFAMIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	IFOSFAMIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	IFOSFAMIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	IFOSFAMIDUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137	IFOSFAMIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	IFOSFAMIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	IFOSFAMIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	IFOSFAMIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	IFOSFAMIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	IFOSFAMIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	IFOSFAMIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	IFOSFAMIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	IFOSFAMIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146	IFOSFAMIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	IFOSFAMIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	IFOSFAMIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	IFOSFAMIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	IFOSFAMIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	IFOSFAMIDUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
152	IFOSFAMIDUM	C32.0	GŁOŚNIA
153	IFOSFAMIDUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
154	IFOSFAMIDUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
155	IFOSFAMIDUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
156	IFOSFAMIDUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
157	IFOSFAMIDUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
158	IFOSFAMIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
159	IFOSFAMIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
160	IFOSFAMIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
161	IFOSFAMIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
162	IFOSFAMIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
163	IFOSFAMIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
164	IFOSFAMIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
165	IFOSFAMIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
166	IFOSFAMIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
167	IFOSFAMIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
168	IFOSFAMIDUM	C38.0	SERCE
169	IFOSFAMIDUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
170	IFOSFAMIDUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
171	IFOSFAMIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172	IFOSFAMIDUM	C38.4	OPŁUCNA
173	IFOSFAMIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
174	IFOSFAMIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
175	IFOSFAMIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
176	IFOSFAMIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
177	IFOSFAMIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
178	IFOSFAMIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
179	IFOSFAMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
180	IFOSFAMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181	IFOSFAMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
182	IFOSFAMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183	IFOSFAMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
184	IFOSFAMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
185	IFOSFAMIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
186	IFOSFAMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
187	IFOSFAMIDUM	C41.1	ŻUCHWA
188	IFOSFAMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
189	IFOSFAMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
190	IFOSFAMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
191	IFOSFAMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
192	IFOSFAMIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
193	IFOSFAMIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
194	IFOSFAMIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
195	IFOSFAMIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
196	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI T WARZY
198	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
205	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
206	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO T KANKI MIĘKKIEJ
207	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
208	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
212	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, T WARZY I SZYI
214	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
217	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
221	IFOSFAMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222	IFOSFAMIDUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	IFOSFAMIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
224	IFOSFAMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
225	IFOSFAMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
226	IFOSFAMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
227	IFOSFAMIDUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
228	IFOSFAMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
229	IFOSFAMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
230	IFOSFAMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
231	IFOSFAMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
232	IFOSFAMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
233	IFOSFAMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
234	IFOSFAMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
235	IFOSFAMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
236	IFOSFAMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
237	IFOSFAMIDUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
238	IFOSFAMIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
239	IFOSFAMIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
240	IFOSFAMIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241	IFOSFAMIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
242	IFOSFAMIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243	IFOSFAMIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
244	IFOSFAMIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
245	IFOSFAMIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
246	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	PRZYMATICZA
273	IFOSFAMIDUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
274	IFOSFAMIDUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
275	IFOSFAMIDUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
276	IFOSFAMIDUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
277	IFOSFAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	IFOSFAMIDUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	IFOSFAMIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	IFOSFAMIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	IFOSFAMIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	IFOSFAMIDUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	IFOSFAMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
284	IFOSFAMIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	IFOSFAMIDUM	C63.2	MOSZNA
286	IFOSFAMIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	IFOSFAMIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	IFOSFAMIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	IFOSFAMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	IFOSFAMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	IFOSFAMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	IFOSFAMIDUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	IFOSFAMIDUM	C67.0	TROJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	IFOSFAMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	IFOSFAMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
296	IFO SFAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	IFO SFAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	IFO SFAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	IFO SFAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
300	IFO SFAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
301	IFO SFAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	IFO SFAMIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	IFO SFAMIDUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	IFO SFAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	IFO SFAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	IFO SFAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	IFO SFAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	IFO SFAMIDUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	IFO SFAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
310	IFO SFAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
311	IFO SFAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
312	IFO SFAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	IFO SFAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	IFO SFAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	IFO SFAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
316	IFO SFAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	IFO SFAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	IFO SFAMIDUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	IFO SFAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	IFO SFAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321	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	IFO SFAMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
347	IFO SFAMIDUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	IFO SFAMIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	IFO SFAMIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	IFO SFAMIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	IFO SFAMIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
352	IFO SFAMIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
353	IFO SFAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	IFO SFAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	IFO SFAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	IFO SFAMIDUM	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	IFO SFAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	IFO SFAMIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	IFO SFAMIDUM	C76.2	BRZUCH
360	IFO SFAMIDUM	C76.3	MIEDNICA
361	IFO SFAMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	IFO SFAMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	IFO SFAMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	IFO SFAMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	IFO SFAMIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	IFO SFAMIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	IFO SFAMIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	IFO SFAMIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	IFO SFAMIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
370	IFO SFAMIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
375	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
392	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C81	CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
396	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
415	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421	IFOSFAMIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
422	IFOSFAMIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	IFOSFAMIDUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	IFOSFAMIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	IFOSFAMIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	IFOSFAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	IFOSFAMIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	IFOSFAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	IFOSFAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	IFOSFAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	IFOSFAMIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	IFOSFAMIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
433	IFOSFAMIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	IFOSFAMIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	IFOSFAMIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	IFOSFAMIDUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	IFOSFAMIDUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	IFOSFAMIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
439	IFOSFAMIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	IFOSFAMIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
441	IFOSFAMIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	IFOSFAMIDUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	IFOSFAMIDUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	IFOSFAMIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	IFOSFAMIDUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
446	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
449	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
463	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREKTUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
471	IFOSFAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA 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 KĄTEM OKA
500	IFOSFAMIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	IFOSFAMIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	IFOSFAMIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	IFOSFAMIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	IFOSFAMIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	IFOSFAMIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	IFOSFAMIDUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	IFOSFAMIDUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	IFOSFAMIDUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
509	IFOSFAMIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	IFOSFAMIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	IFOSFAMIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	IFOSFAMIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	IFOSFAMIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	IFOSFAMIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	IFOSFAMIDUM	D07.1	SROM
516	IFOSFAMIDUM	D07.2	POCHWA
517	IFOSFAMIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	IFOSFAMIDUM	D07.4	PRĄCIE
519	IFOSFAMIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
520	IFOSFAMIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	IFOSFAMIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	IFOSFAMIDUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	IFOSFAMIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	IFOSFAMIDUM	D09.2	OKO
525	IFOSFAMIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	IFOSFAMIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	IFOSFAMIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	IFOSFAMIDUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	IFOSFAMIDUM	D10.0	WARGA
530	IFOSFAMIDUM	D10.1	JĘZYK
531	IFOSFAMIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	IFOSFAMIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
533	IFOSFAMIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
534	IFOSFAMIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	IFOSFAMIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	IFOSFAMIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	IFOSFAMIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	IFOSFAMIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	IFOSFAMIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	IFOSFAMIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	IFOSFAMIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	IFOSFAMIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	IFOSFAMIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	IFOSFAMIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
545	IFO SFAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	IFO SFAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	IFO SFAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	IFO SFAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	IFO SFAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	IFO SFAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	IFO SFAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
552	IFO SFAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	IFO SFAMIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	IFO SFAMIDUM	D13.0	PRZĘLYK
555	IFO SFAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
556	IFO SFAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
557	IFO SFAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	IFO SFAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
559	IFO SFAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	IFO SFAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
561	IFO SFAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	IFO SFAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	IFO SFAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	IFO SFAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	IFO SFAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
566	IFO SFAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
567	IFO SFAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	IFO SFAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	IFO SFAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
570	IFOSFAMIDUM	D15.0	GRASICA
571	IFOSFAMIDUM	D15.1	SERCE
572	IFOSFAMIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	IFOSFAMIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	IFOSFAMIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	IFOSFAMIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	IFOSFAMIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	IFOSFAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	IFOSFAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
579	IFOSFAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	IFOSFAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	IFOSFAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
582	IFOSFAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	IFOSFAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	IFOSFAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	IFOSFAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	IFOSFAMIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
587	IFOSFAMIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
588	IFOSFAMIDUM	D20.1	OTRZEWNA
589	IFOSFAMIDUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
590	IFOSFAMIDUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
591	IFOSFAMIDUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
592	IFOSFAMIDUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
593	IFOSFAMIDUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
594	IFOSFAMIDUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
595	IFOSFAMIDUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
596	IFOSFAMIDUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
597	IFOSFAMIDUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
598	IFOSFAMIDUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
599	IFOSFAMIDUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
600	IFOSFAMIDUM	D28.0	SROM
601	IFOSFAMIDUM	D28.1	POCHWA
602	IFOSFAMIDUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
603	IFOSFAMIDUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
604	IFOSFAMIDUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
605	IFOSFAMIDUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
606	IFOSFAMIDUM	D29.0	PRĄCIE
607	IFOSFAMIDUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
608	IFOSFAMIDUM	D29.2	JĄDRO
609	IFOSFAMIDUM	D29.3	NAJĄDRZE
610	IFOSFAMIDUM	D29.4	MOSZNA
611	IFOSFAMIDUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
612	IFOSFAMIDUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
613	IFOSFAMIDUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
614	IFOSFAMIDUM	D30.0	NERKA
615	IFOSFAMIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
616	IFOSFAMIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
617	IFOSFAMIDUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
618	IFOSFAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
619	IFOSFAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
620	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
621	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
622	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.0	SPOJÓWKA
623	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.1	ROGÓWKA
624	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.2	SIATKÓWKA
625	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.3	NACZYNIÓWKA
626	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
627	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
628	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
629	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
630	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
631	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D32.0	OPONY MÓZGOWE
632	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D32.1	OPONY RDZENIOWE
633	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
634	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
635	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
636	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
637	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
638	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.3	NERWY CZASZKOWE
639	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
640	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
641	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
642	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
643	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
644	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D35.0	NADNERCZA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645	IFOSFAMIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
646	IFOSFAMIDUM	D35.2	PRZYSADKA
647	IFOSFAMIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
648	IFOSFAMIDUM	D35.4	SZYSZYNKI
649	IFOSFAMIDUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
650	IFOSFAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
651	IFOSFAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
652	IFOSFAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
653	IFOSFAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
654	IFOSFAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
655	IFOSFAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
656	IFOSFAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
657	IFOSFAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
658	IFOSFAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
659	IFOSFAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
660	IFOSFAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
661	IFOSFAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
662	IFOSFAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
663	IFOSFAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
664	IFOSFAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
665	IFOSFAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
666	IFOSFAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
667	IFOSFAMIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
668	IFOSFAMIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
669	IFOSFAMIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	IFOSFAMIDUM	D38.0	KRTAŃ
671	IFOSFAMIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
672	IFOSFAMIDUM	D38.2	OPLUCNA
673	IFOSFAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
674	IFOSFAMIDUM	D38.4	GRASICA
675	IFOSFAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
676	IFOSFAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
677	IFOSFAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
678	IFOSFAMIDUM	D39.0	MACICA
679	IFOSFAMIDUM	D39.1	JAJNIK
680	IFOSFAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
681	IFOSFAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
682	IFOSFAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
683	IFOSFAMIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
684	IFOSFAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
685	IFOSFAMIDUM	D40.1	JĄDRO
686	IFOSFAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
687	IFOSFAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
688	IFOSFAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
689	IFOSFAMIDUM	D41.0	NERKA
690	IFOSFAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
691	IFOSFAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
692	IFOSFAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
693	IFOSFAMIDUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
694	IFOSFAMIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	IFO SFAMIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
696	IFO SFAMIDUM	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
697	IFO SFAMIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
698	IFO SFAMIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
699	IFO SFAMIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
700	IFO SFAMIDUM	D43	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
701	IFO SFAMIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
702	IFO SFAMIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
703	IFO SFAMIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
704	IFO SFAMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
705	IFO SFAMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
706	IFO SFAMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
707	IFO SFAMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
708	IFO SFAMIDUM	D44	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
709	IFO SFAMIDUM	D44.0	TARCZYCA
710	IFO SFAMIDUM	D44.1	NADNERCZA
711	IFO SFAMIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
712	IFO SFAMIDUM	D44.3	PRZYSADKA
713	IFO SFAMIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
714	IFO SFAMIDUM	D44.5	SZYSZYNKA
715	IFO SFAMIDUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
716	IFO SFAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
717	IFO SFAMIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
718	IFO SFAMIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
719	IFO SFAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
722	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
723	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
724	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
725	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
726	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
727	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.4	OTRZEWNA
728	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.5	SKÓRA
729	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.6	SUTEK
730	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
731	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
732	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
733	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
734	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
735	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
736	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
737	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
738	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
739	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
740	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
741	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.35.

**IRINOTECANUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.0	WPUST
12.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.0	DWUNASTNICA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
22.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.1	JELITO CZCZE
23.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.7	ESICA
36.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	<b>IRINOTECANUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	<b>IRINOTECANUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
41.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
42.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
43.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
44.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
45.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
46.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
47.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
48.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
49.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
50.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
51.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
52.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
53.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
54.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
55.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
56.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
57.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
58.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
59.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
60.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
61.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
62.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
63.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
64.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
65.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
66.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
67.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
68.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
69.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
70.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
71.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
72.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.1	ŻUCHWA
73.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
74.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
75.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
76.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
77.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
78.	<b>IRINOTECANUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOSIEGO, NIEOKREŚLONY
79.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
80.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
81.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
82.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
83.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
84.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
85.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
86.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
87.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
88.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
89.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
90.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
91.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
92.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
93.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
94.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
95.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
96.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
97.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
98.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
99.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
100.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
101.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
102.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
103.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
104.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
105.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
106.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
107.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
108.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
109.	<b>IRINOTECANUM</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
110.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
111.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
112.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
113.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
114.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
115.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
116.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
117.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
118.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK
119.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
120.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
121.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
122.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓWIKOMÓR
123.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
124.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
125.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
126.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
127.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
128.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.6	MÓZDŻEK
129.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.7	PIEŃ MÓZGU
130.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
131.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
132.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
133.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
134.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.1	OGON KOŃSKI
135.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.2	NERW WĘCHOWY
136.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.3	NERW WZROKOWY
137.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
138.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
139.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
140.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.a.

**LANREOTIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	LANREOTIDUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	LANREOTIDUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	LANREOTIDUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	LANREOTIDUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	LANREOTIDUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	LANREOTIDUM	C15.5	DOŁNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	LANREOTIDUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	LANREOTIDUM	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	LANREOTIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	LANREOTIDUM	C16.0	WPUST
12.	LANREOTIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	LANREOTIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	LANREOTIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	LANREOTIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	LANREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	LANREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	LANREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	LANREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	LANREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	LANREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
22.	LANREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	LANREO TIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	LANREO TIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	LANREO TIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	LANREO TIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	LANREO TIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	LANREO TIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	LANREO TIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	LANREO TIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	LANREO TIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	LANREO TIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	LANREO TIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	LANREO TIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	LANREO TIDUM	C18.7	ESICA
36.	LANREO TIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	LANREO TIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	LANREO TIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	LANREO TIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	LANREO TIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	LANREO TIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	LANREO TIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	LANREO TIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	LANREO TIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	LANREO TIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	LANREO TIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
47.	LANREO TIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	LANREO TIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	LANREO TIDUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	LANREO TIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	LANREO TIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	LANREO TIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	LANREO TIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	LANREO TIDUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	LANREO TIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	LANREO TIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	LANREO TIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	LANREO TIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	LANREO TIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	LANREO TIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	LANREO TIDUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	LANREO TIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	LANREO TIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	LANREO TIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	LANREO TIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
66.	LANREO TIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	LANREO TIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZYWOJOWE
68.	LANREO TIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	LANREO TIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	LANREO TIDUM	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	LANREO TIDUM	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	LANREO TIDUM	E34.2	EKT OPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	LANREO TIDUM	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZ WYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	LANREOTIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.b.

**LANREOTIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C80	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia

Załącznik C.39.

**MELPHALANUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MELPHALANUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	MELPHALANUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	MELPHALANUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	MELPHALANUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	MELPHALANUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	MELPHALANUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	MELPHALANUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	MELPHALANUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	MELPHALANUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	MELPHALANUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	MELPHALANUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	MELPHALANUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
13.	MELPHALANUM	C81	CHOROBA HODGKINA
14.	MELPHALANUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
15.	MELPHALANUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
16.	MELPHALANUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
17.	MELPHALANUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
18.	MELPHALANUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
19.	MELPHALANUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
20.	MELPHALANUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
21.	MELPHALANUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	MELPHALANUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
23.	MELPHALANUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
24.	MELPHALANUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
25.	MELPHALANUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26.	MELPHALANUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
27.	MELPHALANUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28.	MELPHALANUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
29.	MELPHALANUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
30.	MELPHALANUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
31.	MELPHALANUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
32.	MELPHALANUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33.	MELPHALANUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
34.	MELPHALANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
35.	MELPHALANUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
36.	MELPHALANUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	MELPHALANUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
38.	MELPHALANUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
39.	MELPHALANUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
40.	MELPHALANUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
41.	MELPHALANUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
42.	MELPHALANUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
43.	MELPHALANUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
44.	MELPHALANUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
45.	MELPHALANUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
46.	MELPHALANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
47.	MELPHALANUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
48.	MELPHALANUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
49.	MELPHALANUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
50.	MELPHALANUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
51.	MELPHALANUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
52.	MELPHALANUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
53.	MELPHALANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	MELPHALANUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
55.	MELPHALANUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
56.	MELPHALANUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
57.	MELPHALANUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
58.	MELPHALANUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
59.	MELPHALANUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
60.	MELPHALANUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
61.	MELPHALANUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
62.	MELPHALANUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.40.

**MERCAPTOPURINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MERCAPTOPURINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	MERCAPTOPURINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	MERCAPTOPURINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	MERCAPTOPURINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	MERCAPTOPURINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	MERCAPTOPURINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7.	MERCAPTOPURINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	MERCAPTOPURINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	MERCAPTOPURINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	MERCAPTOPURINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	MERCAPTOPURINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	MERCAPTOPURINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	MERCAPTOPURINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	MERCAPTOPURINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	MERCAPTOPURINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	MERCAPTOPURINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	MERCAPTOPURINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	MERCAPTOPURINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	MERCAPTOPURINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	MERCAPTOPURINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	MERCAPTOPURINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	MERCAPTOPURINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	MERCAPTOPURINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24.	MERCAPTOPURINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	MERCAPTOPURINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	MERCAPTOPURINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	MERCAPTOPURINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28.	MERCAPTOPURINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	MERCAPTOPURINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	MERCAPTOPURINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	MERCAPTOPURINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	MERCAPTOPURINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	MERCAPTOPURINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	MERCAPTOPURINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	MERCAPTOPURINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	MERCAPTOPURINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	MERCAPTOPURINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38.	MERCAPTOPURINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA 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 BLASTÓW
94.	MERCAPTOPURINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
95.	MERCAPTOPURINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
96.	MERCAPTOPURINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
97.	MERCAPTOPURINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
98.	MERCAPTOPURINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
99.	MERCAPTOPURINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
100.	MERCAPTOPURINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
101.	MERCAPTOPURINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
102.	MERCAPTOPURINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
103.	MERCAPTOPURINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
104.	MERCAPTOPURINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
105.	MERCAPTOPURINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
106.	MERCAPTOPURINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (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	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	MEIHO TREXATUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	MEIHO TREXATUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	MEIHO TREXATUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	MEIHO TREXATUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	MEIHO TREXATUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	MEIHO TREXATUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	MEIHO TREXATUM	C30	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	MEIHO TREXATUM	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	MEIHO TREXATUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	MEIHO TREXATUM	C31	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	MEIHO TREXATUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	MEIHO TREXATUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
83.	MEIHO TREXATUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	MEIHO TREXATUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	MEIHO TREXATUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	MEIHO TREXATUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	MEIHO TREXATUM	C32	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	MEIHO TREXATUM	C32.0	GŁOŚNIA
89.	MEIHO TREXATUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	MEIHO TREXATUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	MEIHO TREXATUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	MEIHO TREXATUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	MEIHO TREXATUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	MEIHO TREXATUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	MEIHO TREXATUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	MEIHO TREXATUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	MEIHO TREXATUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	MEIHO TREXATUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	MEIHO TREXATUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	MEIHO TREXATUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	MEIHO TREXATUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
102.	MEIHO TREXATUM	C38.0	SERCE
103.	MEIHO TREXATUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	MEIHO TREXATUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
105.	MEIHO TREXATUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	MEIHO TREXATUM	C38.4	OPLUCNA
107.	MEIHO TREXATUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
108.	MEIHO TREXATUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
109.	MEIHO TREXATUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	MEIHO TREXATUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
111.	MEIHO TREXATUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	MEIHO TREXATUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	MEIHO TREXATUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	MEIHO TREXATUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	MEIHO TREXATUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	MEIHO TREXATUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	MEIHO TREXATUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	MEIHO TREXATUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	MEIHO TREXATUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
120.	MEIHO TREXATUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	MEIHO TREXATUM	C41.1	ŻUCHWA
122.	MEIHO TREXATUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	MEIHO TREXATUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	MEIHO TREXATUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	MEIHO TREXATUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	MEIHO TREXATUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	MEIHO TREXATUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	MEIHO TREXATUM	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	MEIHO TREXATUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	MEIHO TREXATUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	MEIHO TREXATUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	MEIHO TREXATUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	MEIHO TREXATUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	MEIHO TREXATUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	MEIHO TREXATUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	MEIHO TREXATUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	MEIHO TREXATUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	MEIHO TREXATUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	MEIHO TREXATUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	MEIHO TREXATUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	MEIHO TREXATUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	MEIHO TREXATUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	MEIHO TREXATUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	MEIHO TREXATUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
145.	MEIHO TREXATUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	MEIHO TREXATUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	MEIHO TREXATUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	MEIHO TREXATUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	MEIHO TREXATUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	MEIHO TREXATUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	MEIHO TREXATUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	MEIHO TREXATUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	MEIHO TREXATUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	MEIHO TREXATUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	MEIHO TREXATUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	MEIHO TREXATUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	MEIHO TREXATUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	MEIHO TREXATUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	MEIHO TREXATUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	MEIHO TREXATUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	MEIHO TREXATUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	MEIHO TREXATUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	MEIHO TREXATUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	MEIHO TREXATUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	MEIHO TREXATUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	MEIHO TREXATUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
167.	MEIHO TREXATUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
168.	MEIHO TREXATUM	C57.3	PRZYMACICZA
169.	MEIHO TREXATUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	MEIHO TREXATUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	MEIHO TREXATUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	MEIHO TREXATUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	MEIHO TREXATUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	MEIHO TREXATUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	MEIHO TREXATUM	C60.0	NAPLETEK
176.	MEIHO TREXATUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	MEIHO TREXATUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	MEIHO TREXATUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	MEIHO TREXATUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	MEIHO TREXATUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	MEIHO TREXATUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	MEIHO TREXATUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	MEIHO TREXATUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	MEIHO TREXATUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	MEIHO TREXATUM	C63.0	NAJĄDRZE
186.	MEIHO TREXATUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	MEIHO TREXATUM	C63.2	MOSZNA
188.	MEIHO TREXATUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	MEIHO TREXATUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	MEIHO TREXATUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	MEIHO TREXATUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	MEIHO TREXATUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
193.	MEIHO TREXATUM	C67.0	T RÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
194.	MEIHO TREXATUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	MEIHO TREXATUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	MEIHO TREXATUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	MEIHO TREXATUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	MEIHO TREXATUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	MEIHO TREXATUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	MEIHO TREXATUM	C67.7	MOCZOWNIK
201.	MEIHO TREXATUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	MEIHO TREXATUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	MEIHO TREXATUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	MEIHO TREXATUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	MEIHO TREXATUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	MEIHO TREXATUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	MEIHO TREXATUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	MEIHO TREXATUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	MEIHO TREXATUM	C71.6	MÓZDŻEK
210.	MEIHO TREXATUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	MEIHO TREXATUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	MEIHO TREXATUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	MEIHO TREXATUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	MEIHO TREXATUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	MEIHO TREXATUM	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	MEIHO TREXATUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	MEIHO TREXATUM	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	MEIHO TREXATUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	MEIHO TREXATUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	MEIHO TREXATUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	MEIHO TREXATUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	MEIHO TREXATUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
223.	MEIHO TREXATUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
224.	MEIHO TREXATUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
225.	MEIHO TREXATUM	C76.2	BRZUCH
226.	MEIHO TREXATUM	C76.3	MIEDNICA
227.	MEIHO TREXATUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
228.	MEIHO TREXATUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
229.	MEIHO TREXATUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
230.	MEIHO TREXATUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
231.	MEIHO TREXATUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
232.	MEIHO TREXATUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
233.	MEIHO TREXATUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
234.	MEIHO TREXATUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
235.	MEIHO TREXATUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
236.	MEIHO TREXATUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
237.	MEIHO TREXATUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
238.	MEIHO TREXATUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
239.	MEIHO TREXATUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
240.	MEIHO TREXATUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
241.	MEIHO TREXATUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
242.	MEIHO TREXATUM	C81	CHOROBA HODGKINA
243.	MEIHO TREXATUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
244.	MEIHO TREXATUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
245.	MEIHO TREXATUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
246.	MEIHO TREXATUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
247.	MEIHO TREXATUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
248.	MEIHO TREXATUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
249.	MEIHO TREXATUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
250.	MEIHO TREXATUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
251.	MEIHO TREXATUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
252.	MEIHO TREXATUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
253.	MEIHO TREXATUM	C82.7	INNE 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 WALDENSTRÖMA
280.	MEIHO TREXATUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
281.	MEIHO TREXATUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
282.	MEIHO TREXATUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
283.	MEIHO TREXATUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
284.	MEIHO TREXATUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
285.	MEIHO TREXATUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
286.	MEIHO TREXATUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
287.	MEIHO TREXATUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
288.	MEIHO TREXATUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
289.	MEIHO TREXATUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
290.	MEIHO TREXATUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
291.	MEIHO TREXATUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
292.	MEIHO TREXATUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
293.	MEIHO TREXATUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
294.	MEIHO TREXATUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
295.	MEIHO TREXATUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
296.	MEIHO TREXATUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
297.	MEIHO TREXATUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
298.	MEIHO TREXATUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
299.	MEIHO TREXATUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
300.	MEIHO TREXATUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
301.	MEIHO TREXATUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
302.	MEIHO TREXATUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
303.	MEIHO TREXATUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
304.	MEIHO TREXATUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
305.	MEIHO TREXATUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
306.	MEIHO TREXATUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
307.	MEIHO TREXATUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
308.	MEIHO TREXATUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
309.	MEIHO TREXATUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
310.	MEIHO TREXATUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
311.	MEIHO TREXATUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
312.	MEIHO TREXATUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
313.	MEIHO TREXATUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
314.	MEIHO TREXATUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
315.	MEIHO TREXATUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
316.	MEIHO TREXATUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
317.	MEIHO TREXATUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
318.	MEIHO TREXATUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
319.	MEIHO TREXATUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
320.	MEIHO TREXATUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
321.	MEIHO TREXATUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
322.	MEIHO TREXATUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
323.	MEIHO TREXATUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
324.	MEIHO TREXATUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
325.	MEIHO TREXATUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
326.	MEIHO TREXATUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
327.	MEIHO TREXATUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
328.	MEIHO TREXATUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
329.	MEIHO TREXATUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
330.	MEIHO TREXATUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
331.	MEIHO TREXATUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
332.	MEIHO TREXATUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
333.	MEIHO TREXATUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
334.	MEIHO TREXATUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
335.	MEIHO TREXATUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
336.	MEIHO TREXATUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
337.	MEIHO TREXATUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
338.	MEIHO TREXATUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
339.	MEIHO TREXATUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
340.	MEIHO TREXATUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
341.	MEIHO TREXATUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
342.	MEIHO TREXATUM	D38.4	GRASICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	MEIHO TREXATUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
344.	MEIHO TREXATUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
345.	MEIHO TREXATUM	D39	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	SZYSZYNKA
370.	MEIHO TREXATUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
371.	MEIHO TREXATUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
372.	MEIHO TREXATUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWIST OŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
373.	MEIHO TREXATUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWIST OŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
374.	MEIHO TREXATUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWIST OŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
375.	MEIHO TREXATUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWIST OŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
376.	MEIHO TREXATUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWIST OŚĆ, NIEOKREŚLONA
377.	MEIHO TREXATUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
378.	MEIHO TREXATUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
379.	MEIHO TREXATUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	MEIHO TREXATUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
381.	MEIHO TREXATUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNETKANKI MIĘKKIE
382.	MEIHO TREXATUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁADNERWOWY
383.	MEIHO TREXATUM	D48.3	PRZESTRZEŃZAOTRZEWNOWA
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	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
389.	MEIHO TREXATUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIEINDZIEJ
390.	MEIHO TREXATUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
391.	MEIHO TREXATUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
392.	MEIHO TREXATUM	O01	ZAŚNIAD GRONIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	O01.0	KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY
394.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	O01.1	NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY
395.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	O01.9	ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY
396.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
397.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
398.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
399.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
400.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
401.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIAWATYCH
402.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
403.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA



Załącznik C.43.

**MITOTANUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MITO TANUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	MITO TANUM	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	MITO TANUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	MITO TANUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	MITO TANUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	MITO TANUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	MITO TANUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	MITO TANUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	MITO TANUM	C75.3	SZYSZYŃKA
10.	MITO TANUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	MITO TANUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
12.	MITO TANUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	MITO TANUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.45.a.

**OCTREOTIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	OCTREOTIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	OCTREOTIDUM	C16.0	WPUST
3.	OCTREOTIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	OCTREOTIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	OCTREOTIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	OCTREOTIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	OCTREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	OCTREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	OCTREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	OCTREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	OCTREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	OCTREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
13.	OCTREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
14.	OCTREOTIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	OCTREOTIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	OCTREOTIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	OCTREOTIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	OCTREOTIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	OCTREOTIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	OCTREOTIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
21.	OCTREOTIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	OCTREOTIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	OCTREOTIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
24.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.7	ESICA
27.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
38.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
41.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
42.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.1	ŚLEDZIONA
43.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
44.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
45.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
46.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
47.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
48.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
49.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
50.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
51.	OCTREOTIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
52.	OCTREOTIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
53.	OCTREOTIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
54.	OCTREOTIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
55.	OCTREOTIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
56.	OCTREOTIDUM	C75.3	SZYSZYNKĄ
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 szyszynki i progerii</i>
66.	OCTREOTIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

**OCTREOTIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>OCTREOTIDUM</b>	D44.3	PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO) w przypadku guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma

Załącznik C.46.

**OXALIPLATINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.0	WPUST
3.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.0	DWUNASTNICA
13.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.1	JELITO CZCZE
14.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
21.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.7	ESICA
27.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
46.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE



Załącznik C.46.b.

**OXALIPLATINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
2.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
4.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
5.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
6.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
7.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
8.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
9.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
10.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
11.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
12.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
13.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
14.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
15.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
16.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
17.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
18.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
19.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
20.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
21.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
22.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
23.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
24.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
25.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
26.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
27.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
28.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
29.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
30.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
31.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
32.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
33.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
34.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
35.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
36.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
37.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
38.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
39.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
40.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
41.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
42.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
43.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
44.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
45.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C88.4	CHŁONIAK TYPU MALT

Załącznik C.47.

**PACLITAXEL**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>PACLITAXEL</b>	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	<b>PACLITAXEL</b>	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	<b>PACLITAXEL</b>	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	<b>PACLITAXEL</b>	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	<b>PACLITAXEL</b>	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	<b>PACLITAXEL</b>	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	<b>PACLITAXEL</b>	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	<b>PACLITAXEL</b>	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	<b>PACLITAXEL</b>	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	<b>PACLITAXEL</b>	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	<b>PACLITAXEL</b>	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	<b>PACLITAXEL</b>	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	<b>PACLITAXEL</b>	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO
14.	<b>PACLITAXEL</b>	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	<b>PACLITAXEL</b>	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	<b>PACLITAXEL</b>	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	<b>PACLITAXEL</b>	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
18.	<b>PACLITAXEL</b>	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
19.	<b>PACLITAXEL</b>	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
20.	<b>PACLITAXEL</b>	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
21.	<b>PACLITAXEL</b>	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
22.	<b>PACLITAXEL</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
23.	<b>PACLITAXEL</b>	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPERSIA I OPŁUCNEJ
24.	<b>PACLITAXEL</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
25.	<b>PACLITAXEL</b>	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
26.	<b>PACLITAXEL</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
27.	<b>PACLITAXEL</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
28.	<b>PACLITAXEL</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
29.	<b>PACLITAXEL</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
30.	<b>PACLITAXEL</b>	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
31.	<b>PACLITAXEL</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
32.	<b>PACLITAXEL</b>	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
33.	<b>PACLITAXEL</b>	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
34.	<b>PACLITAXEL</b>	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
35.	<b>PACLITAXEL</b>	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
36.	<b>PACLITAXEL</b>	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
37.	<b>PACLITAXEL</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
38.	<b>PACLITAXEL</b>	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA

Załącznik C.48.

**PEGASPARGASUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PEGASPARGASUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	PEGASPARGASUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	PEGASPARGASUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	PEGASPARGASUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	PEGASPARGASUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	PEGASPARGASUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	PEGASPARGASUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	PEGASPARGASUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	PEGASPARGASUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	PEGASPARGASUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	PEGASPARGASUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	PEGASPARGASUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	PEGASPARGASUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	PEGASPARGASUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	PEGASPARGASUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	PEGASPARGASUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	PEGASPARGASUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	PEGASPARGASUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	PEGASPARGASUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	PEGASPARGASUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21.	PEGASPARGASUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	PEGASPARGASUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	PEGASPARGASUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	PEGASPARGASUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	PEGASPARGASUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	PEGASPARGASUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	PEGASPARGASUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	PEGASPARGASUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	PEGASPARGASUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	PEGASPARGASUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	PEGASPARGASUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
32.	PEGASPARGASUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
33.	PEGASPARGASUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
34.	PEGASPARGASUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
35.	PEGASPARGASUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
36.	PEGASPARGASUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
37.	PEGASPARGASUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	PEGASPARGASUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
39.	PEGASPARGASUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
40.	PEGASPARGASUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
41.	PEGASPARGASUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
42.	PEGASPARGASUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
43.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
44.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
45.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
46.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA



Załącznik C.49.

**PEMETREKSED**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	<b>PEMETREKSED</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:</i> 1) <i>gruczolakoraka płuca lub</i> 2) <i>wielkomórkowego raka płuca, lub</i> 3) <i>niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych</i>
2.	<b>PEMETREKSED</b>	C45	MIĘDZYBŁONIAK

Załącznik C.51.

**RITUXIMABUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RITUXIMABUM	C81.0	CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
2.	RITUXIMABUM	C82.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
3.	RITUXIMABUM	C82.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK
4.	RITUXIMABUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO)
5.	RITUXIMABUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY
6.	RITUXIMABUM	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK
7.	RITUXIMABUM	C83.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
8.	RITUXIMABUM	C83.2	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK
9.	RITUXIMABUM	C83.3	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY
10.	RITUXIMABUM	C83.4	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY
11.	RITUXIMABUM	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY
12.	RITUXIMABUM	C83.6	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY
13.	RITUXIMABUM	C83.7	GUZ BURKITTA
14.	RITUXIMABUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
15.	RITUXIMABUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
16.	RITUXIMABUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
17.	RITUXIMABUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
18.	RITUXIMABUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
19.	RITUXIMABUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
20.	RITUXIMABUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
21.	RITUXIMABUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

22.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
23.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
24.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
25.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
26.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
27.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
28.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
29.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
30.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.52.

**TAMOXIFENUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TAMO XIFENUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	TAMO XIFENUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	TAMO XIFENUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	TAMO XIFENUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	TAMO XIFENUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	TAMO XIFENUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	TAMO XIFENUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	TAMO XIFENUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	TAMO XIFENUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	TAMO XIFENUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	TAMO XIFENUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	TAMO XIFENUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	TAMO XIFENUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	TAMO XIFENUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	TAMO XIFENUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	TAMO XIFENUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	TAMO XIFENUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	TAMO XIFENUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	TAMO XIFENUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	TAMO XIFENUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	TAMO XIFENUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	TAMO XIFENUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	TAMO XIFENUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	TAMO XIFENUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	TAMO XIFENUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	TAMO XIFENUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	TAMO XIFENUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	TAMO XIFENUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	TAMO XIFENUM	C50.6	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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
43.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	<b>TAMO XIFENUM</b>	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	<b>TAMO XIFENUM</b>	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	<b>TAMO XIFENUM</b>	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	<b>TAMO XIFENUM</b>	Q85.9	FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.56.

**TIOGUANINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	<b>TIOGUANINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENST RÖMA
32.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚŁYCH Z KOMÓREK T
44.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.0	OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.2	PODOST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.4	OST RA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.5	OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.0	OST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.2	PODOST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.0	OST RA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLAST YCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.2	OST RA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK T UCZNYCH
66.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.4	OST RA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	<b>TIO GUANINUM</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW

Załącznik C.57.1.

**TOPOTECANUM p.o.**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Załącznik C.57.2.

**TOPOTECANUM inj.**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
9.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.0	SERCE
10.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
11.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
12.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
13.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.4	OPLUCNA
14.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
15.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
16.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
17.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
18.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
19.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
21.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
22.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
23.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
24.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
25.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
26.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
27.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
28.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
29.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
30.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
31.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
32.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
33.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
34.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
35.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
36.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
37.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
38.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
39.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
40.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
41.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
42.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.61.

**VINCRIStINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	VINCRIStINUM	C00	NOWOTWORy ZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINCRIStINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINCRIStINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINCRIStINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINCRIStINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINCRIStINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINCRIStINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINCRIStINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINCRIStINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINCRIStINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINCRIStINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINCRIStINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINCRIStINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINCRIStINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINCRIStINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINCRIStINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINCRIStINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINCRIStINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINCRIStINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
20.	VINCRI STINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINCRI STINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINCRI STINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	VINCRI STINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINCRI STINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINCRI STINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINCRI STINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINCRI STINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINCRI STINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINCRI STINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINCRI STINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINCRI STINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINCRI STINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINCRI STINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINCRI STINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINCRI STINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINCRI STINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINCRI STINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINCRI STINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINCRI STINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINCRI STINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINCRI STINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINCRI STINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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 STI NUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINCRI STI NUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINCRI STI NUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINCRI STI NUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINCRI STI NUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	VINCRI STI NUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	VINCRI STI NUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINCRI STI NUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINCRI STI NUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	VINCRI STI NUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINCRI STI NUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINCRI STI NUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINCRI STI NUM	C16.0	WPUST
80.	VINCRI STI NUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINCRI STI NUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINCRI STI NUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINCRI STI NUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINCRI STI NUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINCRI STI NUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINCRI STI NUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINCRI STI NUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINCRI STI NUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINCRI STI NUM	C17.0	DWUNASTNICA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
90.	VINCRI STINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINCRI STINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINCRI STINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINCRI STINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	VINCRI STINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINCRI STINUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	VINCRI STINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINCRI STINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	VINCRI STINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	VINCRI STINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINCRI STINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINCRI STINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINCRI STINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103.	VINCRI STINUM	C18.7	ESICA
104.	VINCRI STINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	VINCRI STINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	VINCRI STINUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	VINCRI STINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	VINCRI STINUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	VINCRI STINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	VINCRI STINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	VINCRI STINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	VINCRI STINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	VINCRI STINUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
114.	VINCRI STINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	VINCRI STINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	VINCRI STINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	VINCRI STINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	VINCRI STINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	VINCRI STINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	VINCRI STINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	VINCRI STINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY 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	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	VINCRI STINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	VINCRI STINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	VINCRI STINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	VINCRI STINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	VINCRI STINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	VINCRI STINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINCRI STINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINCRI STINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINCRI STINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINCRI STINUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
137.	VINCRI STINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	VINCRI STINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	VINCRI STINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	VINCRI STINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	VINCRI STINUM	C30	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	VINCRI STINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	VINCRI STINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	VINCRI STINUM	C31	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	VINCRI STINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	VINCRI STINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	VINCRI STINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	VINCRI STINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	VINCRI STINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	VINCRI STINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	VINCRI STINUM	C33	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	VINCRI STINUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	VINCRI STINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	VINCRI STINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	VINCRI STINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	VINCRI STINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	VINCRI STINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINCRI STINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINCRI STINUM	C37	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINCRI STINUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

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	OPŁUCNA
166.	VINCRI STINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	VINCRI STINUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINCRI STINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINCRI STINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	VINCRI STINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	VINCRI STINUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	VINCRI STINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	VINCRI STINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	VINCRI STINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	VINCRI STINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	VINCRI STINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	VINCRI STINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	VINCRI STINUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	VINCRI STINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	VINCRI STINUM	C41.1	ŻUCHWA
181.	VINCRI STINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	VINCRI STINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	VINCRI STI N U M	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	VINCRI STI N U M	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	VINCRI STI N U M	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	VINCRI STI N U M	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	VINCRI STI N U M	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	VINCRI STI N U M	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	VINCRI STI N U M	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	VINCRI STI N U M	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	VINCRI STI N U M	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	VINCRI STI N U M	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	VINCRI STI N U M	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	VINCRI STI N U M	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	VINCRI STI N U M	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	VINCRI STI N U M	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	VINCRI STI N U M	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	VINCRI STI N U M	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	VINCRI STI N U M	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	VINCRI STI N U M	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	VINCRI STI N U M	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	VINCRI STI N U M	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	VINCRI STI N U M	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
204.	VINCRI STI N U M	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
205.	VINCRI STI N U M	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	VINCRI STI N U M	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	VINCRI STINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	VINCRI STINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	VINCRI STINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	VINCRI STINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
211.	VINCRI STINUM	C47	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	VINCRI STINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	VINCRI STINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	VINCRI STINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	VINCRI STINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	VINCRI STINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	VINCRI STINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	VINCRI STINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	VINCRI STINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	VINCRI STINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	VINCRI STINUM	C48.	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	VINCRI STINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	VINCRI STINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	VINCRI STINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	VINCRI STINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	VINCRI STINUM	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	VINCRI STINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	VINCRI STINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM



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	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	VINCRI STINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	VINCRI STINUM	C57.3	PRZYMACICZA
272.	VINCRI STINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	VINCRI STINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	VINCRI STINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	VINCRI STINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	VINCRI STINUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	VINCRI STINUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	VINCRI STINUM	C60.0	NAPLETEK
279.	VINCRI STINUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	VINCRI STINUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	VINCRI STINUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	VINCRI STINUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	VINCRI STINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	VINCRI STINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	VINCRI STINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	VINCRI STINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	VINCRI STINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	VINCRI STINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	VINCRI STINUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	VINCRI STINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	VINCRI STINUM	C63.2	MOSZNA
292.	VINCRI STINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	VINCRI STINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	VINCRI STINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	VINCRI STINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	VINCRI STINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	VINCRI STINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	VINCRI STINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
299.	VINCRI STINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
300.	VINCRI STINUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
301.	VINCRI STINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	VINCRI STINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	VINCRI STINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	VINCRI STINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	VINCRI STINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	VINCRI STINUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	VINCRI STINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	VINCRI STINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	VINCRI STINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	VINCRI STINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	VINCRI STINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	VINCRI STINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	VINCRI STINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	VINCRI STINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	VINCRI STINUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	VINCRI STINUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	VINCRI STINUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	VINCRI STINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	VINCRI STINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	VINCRI STINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	VINCRI STINUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	VINCRI STINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	VINCRI STINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	VINCRI STINUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON

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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
348.	VINCRI STINUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	VINCRI STINUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	VINCRI STINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	VINCRI STINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	VINCRI STINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	VINCRI STINUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	VINCRI STINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYT ARCZOWY
355.	VINCRI STINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	VINCRI STINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	VINCRI STINUM	C75.3	SZYSZYŃKA
358.	VINCRI STINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	VINCRI STINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	VINCRI STINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	VINCRI STINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	VINCRI STINUM	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	VINCRI STINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	VINCRI STINUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	VINCRI STINUM	C76.2	BRZUCH
366.	VINCRI STINUM	C76.3	MIEDNICA
367.	VINCRI STINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	VINCRI STINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	VINCRI STINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	VINCRI STINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	VINCRI STINUM	C77	WT ÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	VINCRI STINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	VINCRI STINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	VINCRI STINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	VINCRI STINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	VINCRI STINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	VINCRI STINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	VINCRI STINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	VINCRI STINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	VINCRI STINUM	C78	WT ÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
381.	VINCRI STINUM	C78.0	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	VINCRI STINUM	C78.1	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	VINCRI STINUM	C78.2	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	VINCRI STINUM	C78.3	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	VINCRI STINUM	C78.4	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	VINCRI STINUM	C78.5	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	VINCRI STINUM	C78.6	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	VINCRI STINUM	C78.7	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	VINCRI STINUM	C78.8	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	VINCRI STINUM	C79	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	VINCRI STINUM	C79.0	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	VINCRI STINUM	C79.1	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
393.	VINCRI STI NUM	C79.2	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	VINCRI STI NUM	C79.3	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	VINCRI STI NUM	C79.4	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	VINCRI STI NUM	C79.5	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	VINCRI STI NUM	C79.6	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	VINCRI STI NUM	C79.7	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	VINCRI STI NUM	C79.8	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	VINCRI STI NUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	VINCRI STI NUM	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	VINCRI STI NUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	VINCRI STI NUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	VINCRI STI NUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	VINCRI STI NUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	VINCRI STI NUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	VINCRI STI NUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	VINCRI STI NUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	VINCRI STI NUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	VINCRI STI NUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	VINCRI STI NUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	VINCRI STI NUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	VINCRI STI NUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	VINCRI STI NUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	VINCRI STI NUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	VINCRI STI NUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	VINCRI STI NUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	VINCRI STI NUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	VINCRI STI NUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	VINCRI STI NUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	VINCRI STI NUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	VINCRI STI NUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	VINCRI STI NUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	VINCRI STI NUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	VINCRI STI NUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	VINCRI STI NUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	VINCRI STI NUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	VINCRI STI NUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	VINCRI STI NUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	VINCRI STI NUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	VINCRI STI NUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	VINCRI STI NUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	VINCRI STI NUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
434.	VINCRI STI NUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	VINCRI STI NUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	VINCRI STI NUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	VINCRI STI NUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	VINCRI STI NUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
439.	VINCRI STI NUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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 STI NUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	VINCRI STI NUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	VINCRI STI NUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	VINCRI STI NUM	C96.3	PRAWDZIWIY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	VINCRI STI NUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	VINCRI STI NUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	VINCRI STI NUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	VINCRI STI NUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	VINCRI STI NUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	VINCRI STI NUM	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	VINCRI STI NUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	VINCRI STI NUM	D01.2	ODBYTNICA
499.	VINCRI STI NUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	VINCRI STI NUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	VINCRI STI NUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
502.	VINCRI STI NUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	VINCRI STI NUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	VINCRI STI NUM	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	VINCRI STI NUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	VINCRI STI NUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	VINCRI STI NUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	VINCRI STI NUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	VINCRI STI NUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
510.	VINCRI STINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	VINCRI STINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	VINCRI STINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	VINCRI STINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	VINCRI STINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	VINCRI STINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	VINCRI STINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	VINCRI STINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	VINCRI STINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	VINCRI STINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	VINCRI STINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	VINCRI STINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	VINCRI STINUM	D07.1	SROM
523.	VINCRI STINUM	D07.2	POCHWA
524.	VINCRI STINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	VINCRI STINUM	D07.4	PRĄCIE
526.	VINCRI STINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	VINCRI STINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	VINCRI STINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	VINCRI STINUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
530.	VINCRI STINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	VINCRI STINUM	D09.2	OKO
532.	VINCRI STINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	VINCRI STINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
534.	VINCRI STINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	VINCRI STINUM	D10	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	VINCRI STINUM	D10.0	WARGA
537.	VINCRI STINUM	D10.1	JĘZYK
538.	VINCRI STINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	VINCRI STINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	VINCRI STINUM	D10.4	MIGDAŁEK
541.	VINCRI STINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	VINCRI STINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	VINCRI STINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	VINCRI STINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	VINCRI STINUM	D11	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	VINCRI STINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	VINCRI STINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	VINCRI STINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	VINCRI STINUM	D12	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	VINCRI STINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	VINCRI STINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	VINCRI STINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	VINCRI STINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	VINCRI STINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	VINCRI STINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	VINCRI STINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	VINCRI STINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	VINCRI STI NUM	D12.8	ODBYTNICA
559.	VINCRI STI NUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	VINCRI STI NUM	D13	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	VINCRI STI NUM	D13.0	PRZEŁYK
562.	VINCRI STI NUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	VINCRI STI NUM	D13.2	DWUNASTNICA
564.	VINCRI STI NUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	VINCRI STI NUM	D13.4	WĄTROBA
566.	VINCRI STI NUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE
567.	VINCRI STI NUM	D13.6	TRZUSTKA
568.	VINCRI STI NUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	VINCRI STI NUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	VINCRI STI NUM	D14	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	VINCRI STI NUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	VINCRI STI NUM	D14.1	KRTAŃ
573.	VINCRI STI NUM	D14.2	TCHAWICA
574.	VINCRI STI NUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	VINCRI STI NUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	VINCRI STI NUM	D15	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
577.	VINCRI STI NUM	D15.0	GRASICA
578.	VINCRI STI NUM	D15.1	SERCE
579.	VINCRI STI NUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
580.	VINCRI STI NUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
581.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
582.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.5	ŻUCHWA
589.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D18	NACZYNI AKI KRWIONOŚNE I NACZYNI AKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D18.0	NACZYNI AK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D18.1	NACZYNI AK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D20.1	OTRZEWNA
599.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
603.	<b>VINCRI STINUM</b>	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	<b>VINCRI STINUM</b>	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	<b>VINCRI STINUM</b>	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	<b>VINCRI STINUM</b>	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	<b>VINCRI STINUM</b>	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	<b>VINCRI STINUM</b>	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	<b>VINCRI STINUM</b>	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	<b>VINCRI STINUM</b>	D28.0	SROM
611.	<b>VINCRI STINUM</b>	D28.1	POCHWA
612.	<b>VINCRI STINUM</b>	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	<b>VINCRI STINUM</b>	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	<b>VINCRI STINUM</b>	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	<b>VINCRI STINUM</b>	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	<b>VINCRI STINUM</b>	D29.0	PRĄCIE
617.	<b>VINCRI STINUM</b>	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	<b>VINCRI STINUM</b>	D29.2	JĄDRO
619.	<b>VINCRI STINUM</b>	D29.3	NAJĄDRZE
620.	<b>VINCRI STINUM</b>	D29.4	MOSZNA
621.	<b>VINCRI STINUM</b>	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	<b>VINCRI STINUM</b>	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	<b>VINCRI STINUM</b>	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	<b>VINCRI STINUM</b>	D30.0	NERKA
625.	<b>VINCRI STINUM</b>	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	<b>VINCRI STINUM</b>	D30.2	MOCZOWÓD

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
627.	VINCRI STINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
628.	VINCRI STINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	VINCRI STINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	VINCRI STINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	VINCRI STINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	VINCRI STINUM	D31.0	SPOJÓWKA
633.	VINCRI STINUM	D31.1	ROGÓWKA
634.	VINCRI STINUM	D31.2	SIATKÓWKA
635.	VINCRI STINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	VINCRI STINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	VINCRI STINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	VINCRI STINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	VINCRI STINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	VINCRI STINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	VINCRI STINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	VINCRI STINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	VINCRI STINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	VINCRI STINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	VINCRI STINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	VINCRI STINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	VINCRI STINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	VINCRI STINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	VINCRI STINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	VINCRI STINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
651.	VINCRI STI NUM	D33.9	CENTRALNY SYST EMNERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	VINCRI STI NUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR T ARCZYCY
653.	VINCRI STI NUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	VINCRI STI NUM	D35.0	NADNERCZA
655.	VINCRI STI NUM	D35.1	PRZYT ARCZYCE
656.	VINCRI STI NUM	D35.2	PRZYSADKA
657.	VINCRI STI NUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	VINCRI STI NUM	D35.4	SZYSZYNK A
659.	VINCRI STI NUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	VINCRI STI NUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
661.	VINCRI STI NUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁ Y WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	VINCRI STI NUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	VINCRI STI NUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	VINCRI STI NUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	VINCRI STI NUM	D36.0	WĘZŁ Y CHŁONNE
666.	VINCRI STI NUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	VINCRI STI NUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	VINCRI STI NUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	VINCRI STI NUM	D37	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY UST NEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	VINCRI STI NUM	D37.0	WARGA, JAMA UST NA I GARDŁO
671.	VINCRI STI NUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	VINCRI STI NUM	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	VINCRI STI NUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
674.	VINCRI STI NUM	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	VINCRI STI NUM	D37.5	ODBYT NICA
676.	VINCRI STI NUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	VINCRI STI NUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	VINCRI STI NUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	VINCRI STI NUM	D38	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	VINCRI STI NUM	D38.0	KRTAŃ
681.	VINCRI STI NUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	VINCRI STI NUM	D38.2	OPŁUCNA
683.	VINCRI STI NUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
684.	VINCRI STI NUM	D38.4	GRASICA
685.	VINCRI STI NUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	VINCRI STI NUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	VINCRI STI NUM	D39	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	VINCRI STI NUM	D39.0	MACICA
689.	VINCRI STI NUM	D39.1	JAJNIK
690.	VINCRI STI NUM	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	VINCRI STI NUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	VINCRI STI NUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	VINCRI STI NUM	D40	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	VINCRI STI NUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	VINCRI STI NUM	D40.1	JĄDRO
696.	VINCRI STI NUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	VINCRI 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 STI NUM	D44.1	NADNERCZA
721.	VINCRI STI NUM	D44.2	PRZY T ARCZY CE
722.	VINCRI STI NUM	D44.3	PRZY S AD KA
723.	VINCRI STI NUM	D44.4	PRZE W Ó D NOSO WO- G AR D ŁO WY
724.	VINCRI STI NUM	D44.5	SZY SZY N KA
725.	VINCRI STI NUM	D44.6	KŁĘ BE K SZY J NY
726.	VINCRI STI NUM	D44.7	CIA ŁA PRZY A OR TO WE I IN NE CIA ŁA PRZY Z WO JO WE
727.	VINCRI STI NUM	D44.8	ZAJ Ę CIE SZE RE GU GRUCZO ŁÓ W WY DZIE LA NIA WE WN Ę TR Z NE GO
728.	VINCRI STI NUM	D44.9	GRUCZO ŁY WY DZIE LA NIA WE WN Ę TR Z NE GO, NIE OK RE Ś ŁO NE
729.	VINCRI STI NUM	D47.3	SAMO I ST NA TROMBO CY TO PE NIA (KRWO TO CZ NA)
730.	VINCRI STI NUM	D47.7	IN NE OK RE Ś ŁO NE NO WOT WO RY O NIE PE WN YM LUB NIE Z NA NYM CHA RA KTER ZE UK ŁA DU LIM FAT Y CZ NE GO, KR WI OT WÓ TR CZE GO I T KA NE K PO KRE WN Y CH
731.	VINCRI STI NUM	D47.9	NO WOT WO RY O NIE PE WN YM LUB NIE Z NA NYM CHA RA KTER ZE UK ŁA DU LIM FAT Y CZ NE GO, KR WI OT WÓ TR CZE GO I T KA NE K PO KRE WN Y CH, NIE OK RE Ś ŁO NE
732.	VINCRI STI NUM	D48	NO WOT WO RY O NIE PE WN YM LUB NIE Z NA NYM CHA RA KTER ZE IN NY CH I NIE OK RE Ś ŁO NY CH UM IEJ SCOW I EN
733.	VINCRI STI NUM	D48.0	KO Ś CI I CHR ZĄ ST KI ST AW O WE
734.	VINCRI STI NUM	D48.1	T KA N KA ŁĄ CZ NA I IN NE T KA N KI MI Ę K KIE
735.	VINCRI STI NUM	D48.2	NER WY OB WO DO WE I AU TO NO MICZ NY UK ŁA D NER WO WY
736.	VINCRI STI NUM	D48.3	PRZE ST RZE Ń ZA O TR ZE WN O WA
737.	VINCRI STI NUM	D48.4	O TR ZE WN A
738.	VINCRI STI NUM	D48.5	SK Ó RA
739.	VINCRI STI NUM	D48.6	SU TE K
740.	VINCRI STI NUM	D48.7	IN NE OK RE Ś ŁO NE UM IEJ SCOW I EN IE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
741.	<b>VINCRI STINUM</b>	D48.9	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	<b>VINCRI STINUM</b>	D69.3	SAMOISTNA PŁAMICA MAŁOPŁYTKOWA
743.	<b>VINCRI STINUM</b>	D76.0	HIST IOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	<b>VINCRI STINUM</b>	D76.1	LYMFOHIST IOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	<b>VINCRI STINUM</b>	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
747.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
752.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.63.

**VINORELBINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	VINORELBINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINORELBINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINORELBINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINORELBINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINORELBINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINORELBINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINORELBINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINORELBINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINORELBINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINORELBINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINORELBINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINORELBINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINORELBINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINORELBINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINORELBINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINORELBINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINORELBINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINORELBINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINORELBINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	VINORELBINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINORELBINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINORELBINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
23.	VINORELBINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINORELBINUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINORELBINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINORELBINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINORELBINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINORELBINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINORELBINUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINORELBINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINORELBINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINORELBINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINORELBINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINORELBINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINORELBINUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINORELBINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINORELBINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINORELBINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINORELBINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINORELBINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINORELBINUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINORELBINUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	VINORELBINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	VINORELBINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	VINORELBINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	VINORELBINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	VINORELBINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	VINORELBINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	VINORELBINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
50.	VINORELBINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	VINORELBINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	VINORELBINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	VINORELBINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	VINORELBINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	VINORELBINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	VINORELBINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	VINORELBINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	VINORELBINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	VINORELBINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	VINORELBINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	VINORELBINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	VINORELBINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	VINORELBINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	VINORELBINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	VINORELBINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	VINORELBINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	VINORELBINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINORELBINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINORELBINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINORELBINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINORELBINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	VINORELBINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	VINORELBINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINORELBINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINORELBINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
76.	VINORELBINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINORELBINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINORELBINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINORELBINUM	C16.0	WPUST
80.	VINORELBINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINORELBINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINORELBINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINORELBINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINORELBINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINORELBINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINORELBINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINORELBINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINORELBINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINORELBINUM	C17.0	DWUNASTNICA
90.	VINORELBINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINORELBINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINORELBINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINORELBINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	VINORELBINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINORELBINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	VINORELBINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINORELBINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	VINORELBINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	VINORELBINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINORELBINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINORELBINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINORELBINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
103.	VINORELBINUM	C18.7	ESICA
104.	VINORELBINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	VINORELBINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	VINORELBINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	VINORELBINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	VINORELBINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	VINORELBINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	VINORELBINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	VINORELBINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	VINORELBINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	VINORELBINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
114.	VINORELBINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	VINORELBINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH 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 ŻÓŁCIOWEGO
122.	VINORELBINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	VINORELBINUM	C24.0	ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	VINORELBINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	VINORELBINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	VINORELBINUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	VINORELBINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	VINORELBINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	VINORELBINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
130.	VINORELBINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	VINORELBINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	VINORELBINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINORELBINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINORELBINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINORELBINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINORELBINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137.	VINORELBINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	VINORELBINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	VINORELBINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	VINORELBINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	VINORELBINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	VINORELBINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	VINORELBINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	VINORELBINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	VINORELBINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	VINORELBINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	VINORELBINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	VINORELBINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	VINORELBINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	VINORELBINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	VINORELBINUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	VINORELBINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	VINORELBINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	VINORELBINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	VINORELBINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	VINORELBINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
157.	VINORELBINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINORELBINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINORELBINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINORELBINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
161.	VINORELBINUM	C38.0	SERCE
162.	VINORELBINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	VINORELBINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	VINORELBINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	VINORELBINUM	C38.4	OPLUCNA
166.	VINORELBINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167.	VINORELBINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINORELBINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINORELBINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW 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 KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	VINORELBINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	VINORELBINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	VINORELBINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	VINORELBINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	VINORELBINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	VINORELBINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	VINORELBINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	VINORELBINUM	C41.1	ŻUCHWA
181.	VINORELBINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	VINORELBINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
183.	VINORELBINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	VINORELBINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	VINORELBINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	VINORELBINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	VINORELBINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	VINORELBINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	VINORELBINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	VINORELBINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	VINORELBINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	VINORELBINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	VINORELBINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	VINORELBINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	VINORELBINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	VINORELBINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	VINORELBINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ w przypadku złośliwego międzybłoniaka opłucnej w stadium zaawansowanym
198.	VINORELBINUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
199.	VINORELBINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
200.	VINORELBINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	VINORELBINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
202.	VINORELBINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	VINORELBINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	VINORELBINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	VINORELBINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
206.	VINORELBINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	VINORELBINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	VINORELBINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
209.	VINORELBINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	VINORELBINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	VINORELBINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	VINORELBINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	VINORELBINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	VINORELBINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	VINORELBINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	VINORELBINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	VINORELBINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	VINORELBINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	VINORELBINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	VINORELBINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	VINORELBINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	VINORELBINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	VINORELBINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	VINORELBINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
225.	VINORELBINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	VINORELBINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	VINORELBINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	VINORELBINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	VINORELBINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	VINORELBINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	VINORELBINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	VINORELBINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	VINORELBINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	VINORELBINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	VINORELBINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
236.	VINORELBINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237.	VINORELBINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
238.	VINORELBINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
239.	VINORELBINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
240.	VINORELBINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
241.	VINORELBINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
242.	VINORELBINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
243.	VINORELBINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
244.	VINORELBINUM	C51.2	ŁECHTACZKA
245.	VINORELBINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
246.	VINORELBINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
247.	VINORELBINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
248.	VINORELBINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
249.	VINORELBINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
250.	VINORELBINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
251.	VINORELBINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
252.	VINORELBINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
253.	VINORELBINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
254.	VINORELBINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
255.	VINORELBINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
256.	VINORELBINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
257.	VINORELBINUM	C54.3	DNO MACICY
258.	VINORELBINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
259.	VINORELBINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
260.	VINORELBINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
261.	VINORELBINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
262.	VINORELBINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
263.	VINORELBINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
264.	VINORELBINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
265.	VINORELBINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
266.	VINORELBINUM	C57.3	PRZYMACICZA
267.	VINORELBINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
268.	VINORELBINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
269.	VINORELBINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	VINORELBINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
271.	VINORELBINUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
272.	VINORELBINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
273.	VINORELBINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
274.	VINORELBINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
275.	VINORELBINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
276.	VINORELBINUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
277.	VINORELBINUM	C63.0	NAJĄDRZE
278.	VINORELBINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
279.	VINORELBINUM	C63.2	MOSZNA
280.	VINORELBINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
281.	VINORELBINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
282.	VINORELBINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	VINORELBINUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
284.	VINORELBINUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
285.	VINORELBINUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
286.	VINORELBINUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
287.	VINORELBINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
288.	VINORELBINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
289.	VINORELBINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
290.	VINORELBINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
291.	VINORELBINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
292.	VINORELBINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
293.	VINORELBINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
294.	VINORELBINUM	C67.7	MOCZOWNIK
295.	VINORELBINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
296.	VINORELBINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
297.	VINORELBINUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
298.	VINORELBINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
299.	VINORELBINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
300.	VINORELBINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
301.	VINORELBINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
302.	VINORELBINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
303.	VINORELBINUM	C69.0	SPOJÓWKA
304.	VINORELBINUM	C69.1	ROGÓWKA
305.	VINORELBINUM	C69.2	SIATKÓWKA
306.	VINORELBINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
307.	VINORELBINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
308.	VINORELBINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
309.	VINORELBINUM	C69.6	OCZODÓŁ
310.	VINORELBINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
311.	VINORELBINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
312.	VINORELBINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
313.	VINORELBINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
314.	VINORELBINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
315.	VINORELBINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
316.	VINORELBINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
317.	VINORELBINUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
318.	VINORELBINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
319.	VINORELBINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
320.	VINORELBINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
321.	VINORELBINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
322.	VINORELBINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
323.	VINORELBINUM	C71.6	MÓZDŻEK
324.	VINORELBINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
325.	VINORELBINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
326.	VINORELBINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
327.	VINORELBINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
328.	VINORELBINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
329.	VINORELBINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
330.	VINORELBINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
331.	VINORELBINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
332.	VINORELBINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
333.	VINORELBINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
334.	VINORELBINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
335.	VINORELBINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
336.	VINORELBINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
337.	VINORELBINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
338.	VINORELBINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
339.	VINORELBINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
340.	VINORELBINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
341.	VINORELBINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
342.	VINORELBINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
343.	VINORELBINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
344.	VINORELBINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
345.	VINORELBINUM	C75.3	SZYSZYNKA
346.	VINORELBINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
347.	VINORELBINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
348.	VINORELBINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
349.	VINORELBINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
350.	VINORELBINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
351.	VINORELBINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
352.	VINORELBINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
353.	VINORELBINUM	C76.2	BRZUCH
354.	VINORELBINUM	C76.3	MIEDNICA
355.	VINORELBINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
356.	VINORELBINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
357.	VINORELBINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
358.	VINORELBINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
359.	VINORELBINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
360.	VINORELBINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
361.	VINORELBINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
362.	VINORELBINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
363.	VINORELBINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
364.	VINORELBINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
365.	VINORELBINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
366.	VINORELBINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
367.	VINORELBINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
368.	VINORELBINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
369.	VINORELBINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
370.	VINORELBINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
371.	VINORELBINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
372.	VINORELBINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
373.	VINORELBINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
374.	VINORELBINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
375.	VINORELBINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
376.	VINORELBINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
377.	VINORELBINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
378.	VINORELBINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
379.	VINORELBINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
380.	VINORELBINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
381.	VINORELBINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
382.	VINORELBINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
383.	VINORELBINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
384.	VINORELBINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
385.	VINORELBINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
386.	VINORELBINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
387.	VINORELBINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
388.	VINORELBINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
389.	VINORELBINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
390.	VINORELBINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
391.	VINORELBINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
392.	VINORELBINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
393.	VINORELBINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
394.	VINORELBINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
395.	VINORELBINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
396.	VINORELBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
			POKREWNYCH
397.	VINORELBINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
398.	VINORELBINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
399.	VINORELBINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
400.	VINORELBINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
401.	VINORELBINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
402.	VINORELBINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
403.	VINORELBINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
404.	VINORELBINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
405.	VINORELBINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
406.	VINORELBINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
407.	VINORELBINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
408.	VINORELBINUM	D01.2	ODBYTNICA
409.	VINORELBINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
410.	VINORELBINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
411.	VINORELBINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
412.	VINORELBINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
413.	VINORELBINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
414.	VINORELBINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
415.	VINORELBINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
416.	VINORELBINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
417.	VINORELBINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
418.	VINORELBINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
419.	VINORELBINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
420.	VINORELBINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
421.	VINORELBINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
422.	VINORELBINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
423.	VINORELBINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
424.	VINORELBINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
425.	VINORELBINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
426.	VINORELBINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
427.	VINORELBINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
428.	VINORELBINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
429.	VINORELBINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
430.	VINORELBINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
431.	VINORELBINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
432.	VINORELBINUM	D07.1	SROM
433.	VINORELBINUM	D07.2	POCHWA
434.	VINORELBINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
435.	VINORELBINUM	D07.4	PRĄCIE
436.	VINORELBINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
437.	VINORELBINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
438.	VINORELBINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
439.	VINORELBINUM	D09.0	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



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
450.	VINORELBINUM	D10.4	MIGDAŁEK
451.	VINORELBINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
452.	VINORELBINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
453.	VINORELBINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
454.	VINORELBINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
455.	VINORELBINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
456.	VINORELBINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
457.	VINORELBINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
458.	VINORELBINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
459.	VINORELBINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
460.	VINORELBINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
461.	VINORELBINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
462.	VINORELBINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
463.	VINORELBINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
464.	VINORELBINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
465.	VINORELBINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
466.	VINORELBINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
467.	VINORELBINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468.	VINORELBINUM	D12.8	ODBYTNICA
469.	VINORELBINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470.	VINORELBINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	VINORELBINUM	D13.0	PRZĘLYK
472.	VINORELBINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	VINORELBINUM	D13.2	DWUNASTNICA
474.	VINORELBINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELIT A CIENKIEGO
475.	VINORELBINUM	D13.4	WĄTROBA
476.	VINORELBINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
477.	VINORELBINUM	D13.6	TRZUSTKA
478.	VINORELBINUM	D13.7	WSPY TRZUSTKI
479.	VINORELBINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	VINORELBINUM	D14	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
481.	VINORELBINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
482.	VINORELBINUM	D14.1	KRTAŃ
483.	VINORELBINUM	D14.2	TCHAWICA
484.	VINORELBINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
485.	VINORELBINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
486.	VINORELBINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
487.	VINORELBINUM	D15.0	GRASICA
488.	VINORELBINUM	D15.1	SERCE
489.	VINORELBINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
490.	VINORELBINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
491.	VINORELBINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
492.	VINORELBINUM	D16	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
493.	VINORELBINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
494.	VINORELBINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
495.	VINORELBINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
496.	VINORELBINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
497.	VINORELBINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
498.	VINORELBINUM	D16.5	ŻUCHWA
499.	VINORELBINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
500.	VINORELBINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
501.	VINORELBINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
502.	VINORELBINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
503.	VINORELBINUM	D18	NACZYNIAMI KRWIONOŚNE I NACZYNIAMI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
504.	VINORELBINUM	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
505.	VINORELBINUM	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
506.	VINORELBINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
507.	VINORELBINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
508.	VINORELBINUM	D20.1	OTRZEWNA
509.	VINORELBINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
510.	VINORELBINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
511.	VINORELBINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	VINORELBINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	VINORELBINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
514.	VINORELBINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
515.	VINORELBINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
516.	VINORELBINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
517.	VINORELBINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
518.	VINORELBINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
519.	VINORELBINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
520.	VINORELBINUM	D28.0	SROM
521.	VINORELBINUM	D28.1	POCHWA
522.	VINORELBINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
523.	VINORELBINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
524.	VINORELBINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
525.	VINORELBINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
526.	VINORELBINUM	D29.0	PRĄCIE
527.	VINORELBINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
528.	VINORELBINUM	D29.2	JĄDRO
529.	VINORELBINUM	D29.3	NAJĄDRZE
530.	VINORELBINUM	D29.4	MOSZNA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
531.	VINORELBINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
532.	VINORELBINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
533.	VINORELBINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
534.	VINORELBINUM	D30.0	NERKA
535.	VINORELBINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
536.	VINORELBINUM	D30.2	MOCZOWÓD
537.	VINORELBINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
538.	VINORELBINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
539.	VINORELBINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
540.	VINORELBINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
541.	VINORELBINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
542.	VINORELBINUM	D31.0	SPOJÓWKA
543.	VINORELBINUM	D31.1	ROGÓWKA
544.	VINORELBINUM	D31.2	SIATKÓWKA
545.	VINORELBINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
546.	VINORELBINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
547.	VINORELBINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
548.	VINORELBINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
549.	VINORELBINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
550.	VINORELBINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
551.	VINORELBINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
552.	VINORELBINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
553.	VINORELBINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
554.	VINORELBINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
555.	VINORELBINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
556.	VINORELBINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
557.	VINORELBINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
558.	VINORELBINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
559.	VINORELBINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
560.	VINORELBINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
561.	VINORELBINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
562.	VINORELBINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
563.	VINORELBINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
564.	VINORELBINUM	D35.0	NADNERCZA
565.	VINORELBINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
566.	VINORELBINUM	D35.2	PRZYSADKA
567.	VINORELBINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
568.	VINORELBINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
569.	VINORELBINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	VINORELBINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
571.	VINORELBINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
572.	VINORELBINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
573.	VINORELBINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
574.	VINORELBINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
575.	VINORELBINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
576.	VINORELBINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
577.	VINORELBINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
578.	VINORELBINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
579.	VINORELBINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
580.	VINORELBINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
581.	VINORELBINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
582.	VINORELBINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
583.	VINORELBINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
584.	VINORELBINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
585.	VINORELBINUM	D37.5	ODBYTNICA
586.	VINORELBINUM	D37.6	WĄTROBA, PEŁCERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
587.	VINORELBINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
588.	VINORELBINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
589.	VINORELBINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
590.	VINORELBINUM	D38.0	KRTAŃ
591.	VINORELBINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
592.	VINORELBINUM	D38.2	OPŁUCNA
593.	VINORELBINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
594.	VINORELBINUM	D38.4	GRASICA
595.	VINORELBINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
596.	VINORELBINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
597.	VINORELBINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
598.	VINORELBINUM	D39.0	MACICA
599.	VINORELBINUM	D39.1	JAJNIK
600.	VINORELBINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
601.	VINORELBINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
602.	VINORELBINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
603.	VINORELBINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
604.	VINORELBINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
605.	VINORELBINUM	D40.1	JĄDRO
606.	VINORELBINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607.	VINORELBINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608.	VINORELBINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
609.	VINORELBINUM	D41.0	NERKA
610.	VINORELBINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
611.	VINORELBINUM	D41.2	MOCZOWÓD
612.	VINORELBINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
613.	VINORELBINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	VINORELBINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
615.	VINORELBINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
616.	VINORELBINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
617.	VINORELBINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
618.	VINORELBINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
619.	VINORELBINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
620.	VINORELBINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
621.	VINORELBINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
622.	VINORELBINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
623.	VINORELBINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
624.	VINORELBINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
625.	VINORELBINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
626.	VINORELBINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
627.	VINORELBINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
628.	VINORELBINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629.	VINORELBINUM	D44.0	TARCZYCA
630.	VINORELBINUM	D44.1	NADNERCZA
631.	VINORELBINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
632.	VINORELBINUM	D44.3	PRZYSADKA
633.	VINORELBINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
634.	VINORELBINUM	D44.5	SZYSZYNKI
635.	VINORELBINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
636.	VINORELBINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
637.	VINORELBINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16	NOWOTWOR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
2.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.0	WPĘST <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
3.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
4.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
5.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.3	UJSCIE ODŹWIERNIKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
6.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
7.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKRESLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
8.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKRESLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
9.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
10.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKRESLONY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
11.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17	NOWOTWOR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
12.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.0	DWUNASTNICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
13.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.1	JELITO CZCZE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
14.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.2	JELITO KRĘTE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
15.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	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 ŚLEDZIONOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
25.	TEMOZOLOMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
26.	TEMOZOLOMIDUM	C18.7	ESICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
27.	TEMOZOLOMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
28.	TEMOZOLOMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKRESŁONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
29.	TEMOZOLOMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
30.	TEMOZOLOMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
31.	TEMOZOLOMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
32.	TEMOZOLOMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻOŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
33.	TEMOZOLOMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
34.	TEMOZOLOMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
35.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
36.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
37.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.0	SERCE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
38.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.1	SRODPIERSIE PRZEDNIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
39.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.2	SRODPIERSIE TYLNE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
40.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.3	SRODPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
41.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.4	OPŁUCNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
42.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KONCZYNY GORNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
43.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KONCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
44.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁGIE KONCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
45.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KONCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
46.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KONCZYNY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
47.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KONCZYNY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
48.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
49.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.1	ŻUCHWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
50.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
51.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
52.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚC KRZYŻOWA I GUZICZNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
54.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.9	KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
55.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
56.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
57.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
58.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
59.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKRESŁONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
60.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
61.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
62.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
63.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
64.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
65.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWOW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
66.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
67.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C48.0	PRZESTRZEN ZAOTRZEWNOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
68.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C48.1	OKRESŁONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
69.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKRESŁONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
70.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
71.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
72.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
73.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
74.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
75.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
76.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
77.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKRESLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
78.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
79.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
80.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C63.0	NAJĄDRZE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
81.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
82.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
83.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
84.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.0	TROJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
85.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
86.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
87.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
88.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
89.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
90.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.6	UJSCIE MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
91.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
92.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
93.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
94.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.0	CEWKA MOCZOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
95.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
96.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
97.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
98.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C69.2	SIATKÓWKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
99.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C69.6	OCZODOŁ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
100.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓWIKOMÓR
101.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.6	MÓZDŻEK
107.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
111.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.1	OGON KONSKI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
112.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.2	NERW WĘCHOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
113.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.3	NERW WZROKOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
114.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
115.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
116.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C74.0	KORA NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
117.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
118.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
119.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
121.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
122.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.2	BRZUCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
123.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.3	MIEDNICA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
124.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.4	KONCZYNA GÓRNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
125.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.5	KONCZYNA DOLNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
126.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
127.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
128.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
130.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
131.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
132.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
133.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
134.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
135.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
136.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
137.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
138.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.3	NERWY CZASZKOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
139.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
140.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
141.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>



Załącznik C.65.a.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>ARSENICUM TRIOXIDUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA <i>w przypadku: indukcji remisji i konsolidacji ostrej białaczki promielocytowej u dorosłych pacjentów, charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa po niepowodzeniu leczenia lub w nawrocie choroby. Wcześniejsze leczenie powinno obejmować stosowanie retinoidu i chemioterapii.</i>

Załącznik C.65.b.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>ARSENICUM TRIOXIDUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej</i> <i>charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa</i>

Załącznik C.65.c.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	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**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	CLOFARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>w przypadku: leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) u dzieci i młodzieży z nawrotem lub oporną na leczenie chorobą po zastosowaniu przynajmniej dwóch wcześniejszych standardowych cykli i w przypadku, gdy brak innych opcji pozwalających na przewidywanie długotrwałej odpowiedzi, u chorych kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>

Załącznik C.66.b.

**CLOFARABINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>CLOFARABINUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ <i>w trzeciej linii leczenia</i>
2.	<b>CLOFARABINUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których zdiagnozowano pierwotnie oporną ostrą białaczkę szpikową lub jej pierwszą wznowę oporną na leczenie II linii oraz u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których stwierdzono drugą wznowę ostrej białaczki szpikowej</i>

Załącznik C.67.

**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
2.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
3.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
4.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
5.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
6.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
7.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
8.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMOREK, GUZKOWY <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>przeciwskażań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
9.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C82.1	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.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	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.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	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.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	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.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
14.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
15.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESŁONY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
16.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>
17.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>
18.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii</i> albo <i>w przypadku chłoniaków z komórek płaszczka i wystąpienia:</i> a) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> b) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
20.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
21.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
22.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
23.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
24.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
25.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
26.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	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**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.68.b.

**ACIDUM ZOLEDRONICUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	C.50.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI <i>uzupełniająco leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie</i>

Załącznik C.69.a.

**AZACITIDINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>AZACITIDINUM</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
2	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
3	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
4	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
5	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
6	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
7	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
8	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
9	<b>AZACITIDINUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, <i>zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
10	<b>AZACITIDINUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA (CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Załącznik C.69.b.

**AZACITIDINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	AZACITIDINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA ( <i>AML</i> ) z >30% blastów w szpiku, zgodnie z klasyfikacją WHO, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Załącznik C.70.a.

**IMATINIBUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IMATINIBUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)</i>



Załącznik C.70.b.

**IMATINIBUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IMATINIBUM</b>	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY <i>w przypadku udokumentowanej obecności rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ</i>

Załącznik C.70.c.

**IMATINIBUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IMATINIBUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)</i>

Załącznik C.70.d.

## IMATINIB

*Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzoną immunohistochemicznie ekspresją CD 117. W chorobie zaawansowanej/przerzutowej leczenie stosowane jest do czasu wystąpienia progresji (u pacjentów z progresją w trakcie podawania dawki standardowej możliwe jest kontynuowanie terapii po zwiększeniu dawki do 800 mg dziennie) lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

*W leczeniu uzupełniającym lek stosowany jest u pacjentów z ryzykiem nawrotu  $\geq 50\%$  wg klasyfikacji AJCCNCCN-AFIP i obecnością mutacji KIT lub PDGFR- $\alpha$  bez mutacji PDGFR- $\alpha$ D842V nie dłużej niż 36 miesięcy lub do wystąpienia nawrotu lub niepożądanych działań uniemożliwiających kontynuowanie terapii.*

*Imatynib u dzieci stosowany jest według schematu:*

- a) dzieci o powierzchni ciała do 1m<sup>2</sup>: 340 mg/m<sup>2</sup>, dawka dobowo jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie,*
- b) dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m<sup>2</sup> dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	IMATINIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	IMATINIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	IMATINIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	IMATINIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	IMATINIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	IMATINIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	IMATINIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	IMATINIB	C16.0	WPUST
10.	IMATINIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	IMATINIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	IMATINIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
13.	<b>IMATINIB</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	<b>IMATINIB</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	<b>IMATINIB</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	<b>IMATINIB</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	<b>IMATINIB</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	<b>IMATINIB</b>	C17.0	DWUNASTNICA
19.	<b>IMATINIB</b>	C17.1	JELITO CZCZE
20.	<b>IMATINIB</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	<b>IMATINIB</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	<b>IMATINIB</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A CIENKIEGO
23.	<b>IMATINIB</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	<b>IMATINIB</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	<b>IMATINIB</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	<b>IMATINIB</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	<b>IMATINIB</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	<b>IMATINIB</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	<b>IMATINIB</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	<b>IMATINIB</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	<b>IMATINIB</b>	C18.7	ESICA
32.	<b>IMATINIB</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A GRUBEGO
33.	<b>IMATINIB</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	<b>IMATINIB</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	<b>IMATINIB</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
36.	<b>IMATINIB</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	<b>IMATINIB</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	<b>IMATINIB</b>	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	<b>IMATINIB</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.71.

## PLERIXAFORUM

Jednorazowa mobilizacja macierzystych komórek krwiotwórczych w skojarzeniu z G-CSF u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, u których planowane jest wykonanie autologicznego przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku gdy:

- 1) aktualnie prowadzona mobilizacja nie jest skuteczna, tj. pacjent otrzymał właściwe leczenie mobilizacyjne (G-CSF w dawce  $\geq 10 \mu\text{g/kg}$  jeśli stosowany sam lub  $\geq 5 \mu\text{g/kg}$  po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż  $10/\mu\text{l}$  w dniach 4-6 po rozpoczęciu mobilizacji samym G-CSF lub do 20 dni po chemioterapii i G-CSF  
lub
- 2) wcześniejsza mobilizacja zakończyła się niepowodzeniem, tj. w przypadku uzyskania plonu komórek CD34+:
  - a) mniej niż  $2,0 \times 10^6$  komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem  
lub
  - b) mniej niż  $4,0 \times 10^6$  komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PLERIXAFORUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	PLERIXAFORUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	PLERIXAFORUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	PLERIXAFORUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	PLERIXAFORUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	PLERIXAFORUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	PLERIXAFORUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	PLERIXAFORUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	PLERIXAFORUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	PLERIXAFORUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	PLERIXAFORUM	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	PLERIXAFORUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	PLERIXAFORUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	PLERIXAFORUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	PLERIXAFORUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	PLERIXAFORUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	PLERIXAFORUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	PLERIXAFORUM	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	PLERIXAFORUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	PLERIXAFORUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	PLERIXAFORUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	PLERIXAFORUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	PLERIXAFORUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
24.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI



Załącznik C.72.

**ANAGRELIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	ANAGRELIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA <i>z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie</i>
2.	ANAGRELIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
3.	ANAGRELIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.73.

**NELARABINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>NELARABINUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
2.	<b>NELARABINUM</b>	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
3.	<b>NELARABINUM</b>	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła 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	<b>BORTEZOMIBUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
2	<b>BORTEZOMIBUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
3	<b>BORTEZOMIBUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
4	<b>BORTEZOMIBUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
5	<b>BORTEZOMIBUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMORKOWA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
6	<b>BORTEZOMIBUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAC SZPICZAKA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
7	<b>BORTEZOMIBUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	<b>BORTEZOMIBUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.79.a.

**PEGINTERERONUM ALFA-2A**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>PEGINTERERONUM ALFA-2A</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA w przypadku: – kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego
2	<b>PEGINTERERONUM ALFA-2A</b>	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
3	<b>PEGINTERERONUM ALFA-2A</b>	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU w przypadku: – pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka – młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępnym w ośrodku – kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
4	<b>PEGINTERERONUM ALFA-2A</b>	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA w przypadku: – pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka – kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik C.79.b.

**PEGINTERERONUM ALFA-2A**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C.84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
2	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C.84.1	CHOROBA SÉZARY'EGO

Załącznik C.80.

**GEFITYNIBUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	<b>GEFITYNIBUM</b>	C34	<p><b>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA</b></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.	<b>ERLOTINIBUM</b>	C34	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA</p> <p><i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i></p> <p>a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzyz niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),</p> <p>b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified - NOS</i>),</p> <p>c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. <i>epidermal growth factor receptor - EGFR</i>) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,</p> <p>d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),</p> <p>e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),</p> <p>f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,</p> <p>g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,</p> <p>h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.</p> <p>Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.</p>

Załącznik C.82.a.

## BEVACIZUMABUM

### w monoterapii:

- stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po resekcji powyżej 1 cm,
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

albo

### w skojarzeniu z olaparybem:

- stopień zaawansowania FIGO IV lub III, niezależnie od choroby resztkowej, wyłącznie u chorych z mutacją w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD),
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie trwa do wyczerpania 22 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMABUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA <i>w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem</i>
2.	BEVACIZUMABUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA <i>w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem</i>



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
3.	<b>BEVACIZUMABUM</b>	C57.4	PRZYDATKI MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE <i>w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem</i>
4.	<b>BEVACIZUMABUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZEŚĆ OTRZEWNEJ <i>w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem</i>
5.	<b>BEVACIZUMABUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA <i>w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem</i>
6.	<b>BEVACIZUMABUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNOWEJ <i>w monoterapii albo w skojarzeniu z olaparybem</i>

Załącznik C.82.b.

## BEVACIZUMABUM

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.*

*Dla wszystkich wskazań:*

- *przetrwwały, nawrotowy lub pierwotnie przerzutowy (stadium IVB) rak szyjki macicy u pacjentek niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii,*
- *niestosowanie wcześniejszej chemioterapii w stadium nawrotu, rozsiewu lub przetrwałego nowotworu z wyjątkiem chemioterapii 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 SUBSTANCJICZYNNEJ 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.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>BEVACIZUMABUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.83.

**DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1.	DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.84.a.

**LENALIDOMIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C90.0	<b>SZPICZAK PLAZMOCYTOWY</b> <i>w przypadku:</i> <i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem lub bortezomibem i deksametazonem lub melfalanem i prednizonem dorosłych pacjentów z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT),</i> <i>albo</i> <i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jeden schemat leczenia,</i> <i>albo</i> <i>monoterapii w leczeniu podtrzymującym dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym po przeszczepieniu autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT) stosowanym po pierwszej linii leczenia</i>

Załącznik C.84.b.

**LENALIDOMIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
2.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
3.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
4.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
5.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	LENALIDOMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>
7.	LENALIDOMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>
8.	LENALIDOMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>



Załącznik C.84.c.

**LENALIDOMIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
2.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
3.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
4.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszczą</i>

Załącznik C.84.d.

**LENALIDOMIDUM***Stosowanie lenalidomidu w połączeniu z rytuksymabem w niżej wymienionych wskazaniach powinno być zgodne z rekomendacjami ESMO lub NCCN.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
2.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
3.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
4.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z tafasytamabem dorosłych pacjentów z nawrotową albo oporną na leczenie postacią chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</i>
5.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakami strefy brzeżnej</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
6.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakami strefy brzożnej albo leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszczka</i>

Załącznik C.85.

**ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B</b>	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik C.86.a.

## **TRASTUZUMABUM I.V.**

*1. W monoterapii*

*albo*

*2. w skojarzeniu z:*

*a) chemioterapią,*

*lub*

*b) hormonoterapią,*

*lub*

*c) pertuzumabem.*

*Dla wszystkich wskazań:*

- potwierdzenie histologiczne inwazyjnego raka piersi,*
- dodatni stan HER2 – ekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,*
- zaawansowanie w stopniu wczesnym ze wskazaniami do leczenia przedoperacyjnego lub pooperacyjnego albo zaawansowanie w stadium uogólnienia ze wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z wytycznymi ChPL lub PTOK.*

*Leczenie przerzutowego raka piersi powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania. Możliwe jest leczenie trastuzumabem i.v. po progresji w połączeniu z inną terapią przeciwnowotworową.*

*Leczenie okołoperacyjnego raka piersi powinno być stosowane w horyzoncie maksymalnie 18 podań leku lub do 1 roku terapii lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
3.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.6	CZEŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.b.

### **TRASTUZUMABUM I.V.**

W skojarzeniu z cisplatyną (albo oksaliplatyną) i fluorouracylem albo cisplatyną (albo oksaliplatyną) i kapecytabiną:

- potwierdzenie histologiczne gruczolowego raka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego,
- nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- zaawansowanie w stadium uogólnienia z wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z ChPL lub wytycznymi PTOK.

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.0	WPUST
2.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
3.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
4.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
5.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
6.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
7.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
8.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
9.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.87.a.

**OCTAN ABIRATERONU**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>OCTAN ABIRATERONU</b>	C61	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO</p> <p><i>w przypadku:</i></p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów na nowo rozpoznanego hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego wysokiego ryzyka z przerzutami, w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej; wysokie ryzyko definiowane jest jako występowanie co najmniej 2 z 3 czynników: wskaźnik Gleasona <math>\geq 8</math>, obecność <math>\geq 3</math> przerzutów do kości, obecność przerzutów do narządów trzewnych (z wyłączeniem węzłów chłonnych). Leczenie należy rozpocząć najpóźniej po trzech miesiącach od wdrożenia deprywacji androgenowej.</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>leczenia bezobjawowych lub skąpo objawowych dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu deprywacji androgenowej, u których zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie,</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu chemioterapii opartej o docetaksel,</i></p> <p><i>Octan abirateronu może być zastosowany u danego pacjenta na podstawie załączników C.87.a. albo C.87.b. tylko w jednym z wymienionych wskazań. Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).</i></p>



Załącznik C.87.b.

**OCTAN ABIRATERONU**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>OCTAN ABIRATERONU</b>	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO <i>w przypadku:</i> <i>leczenia dorosłych pacjentów na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, którzy nie spełniają kryteriów wskazania rejestracyjnego wymienionych w załączniku C.87.a., w połączeniu z deprivacją androgenową jako samodzielne leczenie lub początkowo w skojarzeniu z trwającą przez 18 tyg. chemioterapią opartą o docetaksel,</i> <i>albo</i> <i>leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, z dużym ryzykiem wystąpienia przerzutów (PSA DT ≤ 10 mies.).</i> <i>Octan abirateronu może być zastosowany u danego pacjenta na podstawie załączników C.87.a. albo C.87.b. tylko w jednym z wymienionych wskazań. Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).</i>

Załącznik C.88.a.

## SUNITINIB

*Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzoną immunohistochemicznie ekspresją CD 117 po niepowodzeniu leczenia imatynibem w wyniku progresji lub nietolerancji.*

*Sunitynib u dzieci stosowany jest według schematu:*

- a) dzieci powyżej 6 r. ż. dawkowanie jak u dorosłych,*
- b) dzieci poniżej 6.r.ż. - dawka powinna być indywidualnie ustalana poczynając od 25 mg na dobę. Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać przerwę w przyjmowaniu leku.*

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	SUNITINIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	SUNITINIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	SUNITINIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	SUNITINIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	SUNITINIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	SUNITINIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	SUNITINIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	SUNITINIB	C16.0	WPUST
10.	SUNITINIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	SUNITINIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	SUNITINIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	SUNITINIB	C16.4	ODŹWIERNIK

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
14.	<b>SUNITINIB</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIejsza ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	<b>SUNITINIB</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	<b>SUNITINIB</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	<b>SUNITINIB</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	<b>SUNITINIB</b>	C17.0	DWUNASTNICA
19.	<b>SUNITINIB</b>	C17.1	JELITO CZCZE
20.	<b>SUNITINIB</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	<b>SUNITINIB</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	<b>SUNITINIB</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	<b>SUNITINIB</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	<b>SUNITINIB</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	<b>SUNITINIB</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	<b>SUNITINIB</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	<b>SUNITINIB</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	<b>SUNITINIB</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	<b>SUNITINIB</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	<b>SUNITINIB</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	<b>SUNITINIB</b>	C18.7	ESICA
32.	<b>SUNITINIB</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	<b>SUNITINIB</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	<b>SUNITINIB</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	<b>SUNITINIB</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	<b>SUNITINIB</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
37.	<b>SUNITINIB</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	<b>SUNITINIB</b>	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	<b>SUNITINIB</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.88.b.

## SUNITINIB

*Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym lub przerzutowym nieoperacyjnym mięsakiem pęcherzykowym (alveolar soft part sarcoma) lub samotnym guzem włóknistym (solitary fibrous tumor), a także u wcześniej poddanych chemioterapii pacjentów z mięsakiem naczyniowym (angiosarcoma) w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia - przy braku możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego.*

*Dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg na dobę. W celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.*

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
2.	SUNITINIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ (KREZKA, KREZKA OKRĘŻNICY, SIEĆ, OTRZEWNA ŚCIENNA I MIEDNICY)
3.	SUNITINIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
4.	SUNITINIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
5.	SUNITINIB	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI (TKANKA ŁĄCZNA: UCHA, POWIEKI)
6.	SUNITINIB	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
7.	SUNITINIB	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
8.	SUNITINIB	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ, (DÓŁ PACHOWY, PRZEPONA, DUŻE NACZYNIA)
9.	SUNITINIB	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA (ŚCIANA JAMY BRZUSZNEJ, PODŻEBRZE)
10.	SUNITINIB	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY, (POŚLADEK, PACHWINA, KROCZE)
11.	SUNITINIB	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE, (GRZBIET BNO)

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
12.	<b>SUNITINIB</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANEK MIĘKKICH
13.	<b>SUNITINIB</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.88.c.

### SUNITINIB

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka nerki (nie dotyczy chorych z nietolerancją pazopanibu albo sorafenibu),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

*Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

*W przypadku nietolerancji leczenia sunitynibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sorafenib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sunitynib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.88.d.

### SUNITINIB

- *nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynnny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,*
- *udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii sunitinibem.*

*Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI <i>Wyspy trzustkowe Langerhansa</i>



Załącznik C.89.a.

## **SORAFENIB**

*Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym/przerzutowym nowotworem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia imatynibem oraz sunitynibem.*

*Sorafenib stosowany w dawce 400 mg (dwie tabletki po 200 mg) dwa razy na dobę.*

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>SORAFENIB</b>	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	<b>SORAFENIB</b>	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	<b>SORAFENIB</b>	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	<b>SORAFENIB</b>	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	<b>SORAFENIB</b>	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	<b>SORAFENIB</b>	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	<b>SORAFENIB</b>	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	<b>SORAFENIB</b>	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	<b>SORAFENIB</b>	C16.0	WPUST
10.	<b>SORAFENIB</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	<b>SORAFENIB</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	<b>SORAFENIB</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	<b>SORAFENIB</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	<b>SORAFENIB</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	<b>SORAFENIB</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
16.	<b>SORAFENIB</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	<b>SORAFENIB</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	<b>SORAFENIB</b>	C17.0	DWUNASTNICA
19.	<b>SORAFENIB</b>	C17.1	JELITO CZCZE
20.	<b>SORAFENIB</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	<b>SORAFENIB</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	<b>SORAFENIB</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A CIENKIEGO
23.	<b>SORAFENIB</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	<b>SORAFENIB</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	<b>SORAFENIB</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	<b>SORAFENIB</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	<b>SORAFENIB</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	<b>SORAFENIB</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	<b>SORAFENIB</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	<b>SORAFENIB</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	<b>SORAFENIB</b>	C18.7	ESICA
32.	<b>SORAFENIB</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A GRUBEGO
33.	<b>SORAFENIB</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	<b>SORAFENIB</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	<b>SORAFENIB</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	<b>SORAFENIB</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	<b>SORAFENIB</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	<b>SORAFENIB</b>	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
39.	<b>SORAFENIB</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNIEJ

Załącznik C.89.b.

### **SORAFENIB**

*Lek stosowany u pacjentów z rozpoznaniem nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka wątrobowokomórkowego (HCC), którzy wcześniej nie zostali poddani systemowemu leczeniu z powodu HCC.*

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>SORAFENIB</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.89.c.

## **SORAFENIB**

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanibu),*
- *udokumentowane niepowodzenie leczenia cytokinami (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanib),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

*Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

*W przypadku nietolerancji leczenia sorafenibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sunitinib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sorafenib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>SORAFENIB</b>	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.91.a.

## EVEROLIMUS

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (jedna albo dwie linie) lub udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem immunoterapii albo immunoterapii i inhibitorów kinaz tyrozynowych,*
- *2 albo 3 linia leczenia,*
- *może być stosowany jako kontynuacja rozpoczętej terapii u pacjentów, którzy byli leczeni wcześniej cytokinami i inhibitorami kinaz tyrozynowych oraz rozpoczęli leczenie ewerolimusem w programie lekowym na zasadach w nim obowiązujących.*

*Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.91.b.

## EVEROLIMUS

- *nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokryny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,*
- *udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii ewerolimusem,*

*Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI <i>Wyspy trzustkowe Langerhansa</i>

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 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920
2	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
3	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156
4	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112
5	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673
6	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
7	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
8	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
9	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517
10	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
11	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
12	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576
13	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945
14	Alfuzosini hydrochloridum	Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990619580
15	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714
16	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (blister)	05909990837816
17	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912
18	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
19	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
20	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818
21	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
22	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
23	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
24	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
25	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
26	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
27	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636
28	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
29	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
30	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759
31	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
32	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
33	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
34	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991068097



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	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
36	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991
37	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
38	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
39	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698
40	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476
41	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020
42	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
43	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
44	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
45	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013
46	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
47	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
48	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
49	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
50	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
51	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
52	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
53	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
54	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
55	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
56	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
57	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
58	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
59	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920
60	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838
61	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746
62	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288
63	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384
64	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257
65	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377
66	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226
67	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360
68	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339
69	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347
70	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330
71	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610

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 + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634
73	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627
74	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040
75	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396
76	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618
77	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137
78	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359
79	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717
80	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144
81	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366
82	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816
83	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151
84	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373
85	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586
86	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609
87	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647
88	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815
89	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647
90	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914
91	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806
92	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173
93	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282
94	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299
95	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464
96	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471
97	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488
98	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336
99	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374
100	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926
101	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995
102	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710
103	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611
104	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659
105	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896
106	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902
107	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	07311920002252
108	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
109	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926
110	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	07311920002276
111	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	07311920002269
112	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933
113	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940
114	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053
115	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920
116	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951
117	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975
118	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275
119	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305
120	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336
121	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459
122	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686
123	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730
124	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792
125	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853
126	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
127	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
128	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028
129	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
130	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400
131	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530
132	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992
133	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547
134	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383
135	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508
136	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539
137	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553
138	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638
139	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652
140	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676
141	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782
142	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805
143	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867
144	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097
145	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
146	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976
147	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134
148	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042
149	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141
150	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290
151	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368
152	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436
153	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443
154	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071
155	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161
156	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178
157	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185
158	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208
159	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814
160	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821
161	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838
162	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913
163	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920
164	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937
165	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911
166	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935
167	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997
168	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747
169	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156
170	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505
171	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
172	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
173	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
174	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
175	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
176	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990118915
177	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990119011
178	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990118816
179	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	05909990186525
180	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990186518
181	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
182	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
183	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
184	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
185	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
186	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769
187	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776
188	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
189	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
190	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
191	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
192	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
193	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529
194	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420
195	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049
196	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056
197	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070
198	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063
199	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
200	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
201	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
202	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
203	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852
204	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869
205	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791
206	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807
207	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523
208	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554
209	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400
210	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448
211	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024
212	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
213	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
214	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483
215	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490
216	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641
217	Brimonidini tartras	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909990677733
218	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
219	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
220	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386
221	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
222	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588
223	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137
224	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
225	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
226	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
227	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
228	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
229	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
230	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
231	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
232	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
233	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
234	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
235	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
236	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
237	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
238	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
239	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
240	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg	60 szt.	05909990926213
241	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 400 µg	60 szt.	05909990926312
242	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
243	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
244	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
245	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
246	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
247	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
248	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
249	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
250	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
251	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
252	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
253	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
254	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
255	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
256	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
257	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
258	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
259	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
260	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
261	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
262	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
263	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
264	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
265	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerosol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
266	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
267	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450
268	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538
269	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
270	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109
271	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602
272	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398
273	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991470005
274	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991474119
275	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655
276	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
277	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
278	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
279	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057
280	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456
281	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
282	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
283	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
284	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064
285	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463
286	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264
287	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
288	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
289	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
290	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
291	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
292	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
293	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876
294	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
295	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
296	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
297	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680
298	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475925
299	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697
300	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475932
301	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
302	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
303	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
304	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475482
305	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666
306	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475499
307	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673
308	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
309	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
310	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014
311	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255
312	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991421649
313	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279
314	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991421656
315	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170
316	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194
317	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991432300
318	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991455361
319	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991455378
320	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991432324
321	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011
322	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667
323	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908
324	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112
325	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977
326	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
327	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
328	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
329	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
330	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230
331	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179
332	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629
333	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702
334	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051
335	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360
336	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907
337	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596
338	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 szt.	05909991058609
339	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185
340	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222
341	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260
342	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147
343	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178
344	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840
345	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130
346	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833
347	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
348	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
349	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
350	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
351	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129
352	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
353	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
354	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
355	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
356	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
357	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
358	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
359	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
360	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
361	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
362	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
363	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315
364	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909
365	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930
366	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
367	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879
368	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886
369	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893
370	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582
371	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
372	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218530
373	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
374	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218523
375	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990678648
376	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909990678655
377	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990678679
378	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990666667
379	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990666780
380	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990666803
381	Ciprofibratum	Lipantor, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612
382	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
383	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
384	Clopidogrelum	Clopidogrelum VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012
385	Clopidogrelum	Agrexex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990754748
386	Clopidogrelum	Agrexex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991251949
387	Clopidogrelum	Agrexex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991397005
388	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011
389	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990625826
390	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990768141
391	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991029388
392	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990727667
393	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990793730
394	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729
395	Clopidogrelum	Vixam, tabl. powl., 75 mg	30 szt.	05909990866533
396	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05901878600475
397	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05903792743382
398	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991109219
399	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
400	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
401	Dabigatranum etexilatium	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	10 szt.	05909990641253
402	Dabigatranum etexilatium	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260
403	Dabigatranum etexilatium	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
404	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	30 szt.	05909990641222
405	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647
406	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671
407	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688
408	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695
409	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413
410	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420
411	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380
412	Donepezil hydrochloride	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314
413	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873
414	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141
415	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781
416	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492
417	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990683666
418	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990683581
419	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018
420	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912
421	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138
422	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077
423	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360
424	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353
425	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560
426	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842
427	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940
428	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933
429	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204
430	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075
431	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314
432	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215
433	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	05909991344306
434	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	05909991344313
435	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
436	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015
437	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
438	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962
439	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
440	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
441	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943
442	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
443	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
444	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
445	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
446	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
447	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144
448	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
449	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955
450	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	059099913111049
451	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	059099913111056
452	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
453	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
454	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890
455	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255
456	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293
457	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
458	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
459	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
460	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
461	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
462	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
463	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
464	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
465	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
466	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
467	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
468	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
469	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
470	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
471	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
472	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797
473	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
474	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
475	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
476	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
477	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571

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	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
479	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
480	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
481	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
482	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
483	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
484	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
485	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
486	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
487	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
488	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
489	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
490	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
491	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
492	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
493	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
494	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
495	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
496	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
497	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
498	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
499	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
500	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
501	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
502	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
503	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
504	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
505	Ezetimibum	Esetin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991388669
506	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303
507	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310
508	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
509	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229
510	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450
511	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407
512	Ezetimibum	Ezolip, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991304416
513	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909990996902
514	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
515	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564
516	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
517	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557
518	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564
519	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571
520	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918
521	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819
522	Fenofibrate	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990754496
523	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990909414
524	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990754526
525	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974
526	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065
527	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
528	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
529	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
530	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
531	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339
532	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500
533	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609
534	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173
535	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708
536	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807
537	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
538	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947
539	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817
540	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909990903917
541	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909990431342
542	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
543	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
544	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
545	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949
546	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987
547	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055470
548	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990906154
549	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990067770
550	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990048670
551	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
552	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990713127
553	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991222673
554	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991282288
555	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990713141
556	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391
557	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311
558	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218
559	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045
560	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571
561	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601
562	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973
563	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895
564	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997
565	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990077267
566	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990077274
567	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110
568	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105
569	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991107871
570	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842
571	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710
572	Fluconazolium	Candifluc/Fluconazolium Aflofam, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804
573	Fluconazolium	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219
574	Fluconazolium	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798
575	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
576	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
577	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
578	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
579	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
580	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
581	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621
582	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
583	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328
584	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311
585	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635
586	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
587	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
588	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
589	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
590	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
591	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
592	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
593	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
594	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
595	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
596	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
597	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
598	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
599	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
600	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
601	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
602	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
603	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
604	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
605	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
606	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
607	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
608	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
609	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
610	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
611	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
612	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
613	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
614	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
615	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
616	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
617	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
618	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
619	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
620	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
621	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
622	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
623	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966
624	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
625	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfлумix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
626	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
627	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
628	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
629	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
630	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
631	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
632	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
633	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
634	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
635	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
636	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
637	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
638	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
639	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
640	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991431211
641	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991431167
642	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827
643	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728
644	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924
645	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	07613421020934
646	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
647	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990975914
648	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
649	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
650	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsulce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
651	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsulce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
652	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op. ochr.)	05909990337446
653	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
654	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
655	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990996681
656	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
657	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inh., zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. a 120 daw.	05000456071505
658	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
659	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
660	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
661	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
662	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
663	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
664	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
665	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
666	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
667	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
668	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
669	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
670	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
671	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
672	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542
673	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658
674	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216
675	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
676	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
677	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422
678	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521
679	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413
680	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155
681	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162
682	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912
683	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023
684	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017
685	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127
686	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224
687	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231
688	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100
689	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131
690	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230
691	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991256548
692	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991263171
693	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299
694	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305
695	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267186
696	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991267193
697	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648
698	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392
699	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
700	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817
701	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916
702	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012
703	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111
704	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082
705	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105
706	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990566129
707	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990566143
708	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
709	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516
710	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
711	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
712	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453
713	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521
714	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078
715	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146
716	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207
717	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348
718	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355
719	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362
720	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196
721	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379
722	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712
723	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
724	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
725	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882
726	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
727	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921
728	Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg	30 szt. (30 x 1)	07613421044596
729	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531
730	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548
731	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524
732	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
733	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
734	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398
735	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
736	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
737	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
738	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014
739	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401
740	Indapamidum	Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990012688
741	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182
742	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801
743	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849
744	Indapamidum	Sympamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993
745	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
746	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
747	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
748	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
749	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
750	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
751	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
752	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
753	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
754	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
755	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
756	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
757	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717
758	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
759	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
760	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
761	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
762	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
763	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
764	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
765	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
766	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
767	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
768	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580
769	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
770	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
771	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
772	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
773	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
774	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
775	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
776	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
777	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
778	Insulinum humanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448
779	Insulinum humanum	Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585
780	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
781	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
782	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
783	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
784	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
785	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
786	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
787	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
788	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
789	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
790	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
791	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
792	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
793	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
794	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
795	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
796	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
797	Ipratropii bromidum	Atrovent, plyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
798	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
799	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539
800	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
801	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907
802	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205
803	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938
804	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212
805	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969
806	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229
807	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990650521
808	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620
809	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
810	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991105563
811	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991105549
812	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
813	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
814	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582
815	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
816	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
817	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
818	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
819	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
820	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
821	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
822	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825
823	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818
824	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555
825	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365
826	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396
827	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311
828	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
829	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
830	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
831	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
832	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
833	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
834	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
835	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213
836	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609
837	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
838	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
839	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826
840	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482
841	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399
842	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925
843	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138
844	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145
845	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604
846	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
847	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628
848	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651
849	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991416683
850	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991416720
851	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018
852	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzenia zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723
853	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117
854	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909991490843
855	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912
856	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzenia zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624
857	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510
858	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216
859	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314
860	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215
861	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
862	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
863	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
864	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
865	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
866	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
867	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
868	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
869	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
870	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
871	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
872	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
873	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
874	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
875	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
876	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
877	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
878	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
879	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
880	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
881	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
882	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
883	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
884	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
885	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
886	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
887	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
888	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
889	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
890	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
891	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
892	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
893	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
894	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
895	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
896	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
897	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
898	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
899	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
900	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691
901	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991477790
902	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
903	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
904	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
905	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
906	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
907	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
908	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
909	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
910	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122
911	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023
912	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927
913	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803
914	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685
915	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520
916	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
917	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
918	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
919	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
920	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
921	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
922	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612
923	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
924	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659
925	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914
926	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112
927	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129
928	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991296940
929	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654
930	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990621439
931	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905
932	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345
933	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118
934	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853
935	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785
936	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723
937	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747
938	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761
939	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655
940	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679
941	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693
942	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513
943	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392
944	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339
945	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360
946	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565
947	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484
948	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980
949	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894
950	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641
951	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
952	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
953	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816
954	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011
955	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915
956	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110
957	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
958	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
959	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
960	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
961	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
962	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
963	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813
964	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
965	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184
966	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989
967	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
968	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
969	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
970	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
971	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
972	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
973	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430
974	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
975	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
976	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
977	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
978	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
979	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
980	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
981	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
982	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
983	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
984	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
985	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
986	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
987	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379
988	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386
989	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563
990	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393
991	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409
992	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587
993	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722
994	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
995	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
996	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141
997	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172
998	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257
999	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271
1000	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331
1001	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	07613421049317
1002	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324
1003	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270
1004	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	07613421049256
1005	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263
1006	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	07613421049300
1007	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	07613421049287
1008	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294
1009	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991352417
1010	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991352400
1011	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1012	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1013	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
1014	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1015	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1016	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1017	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1018	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1019	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1020	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1021	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1022	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1023	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248
1024	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990789276
1025	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990789290
1026	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
1027	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751
1028	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
1029	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1030	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
1031	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990789306

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1032	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991415624
1033	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991415631
1034	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991415648
1035	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991415372
1036	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991415303
1037	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991415310
1038	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991415327
1039	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991415334
1040	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991415341
1041	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991415358
1042	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1043	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1044	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1045	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1046	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1047	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
1048	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991425838
1049	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1050	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1051	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1052	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
1053	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
1054	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1055	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
1056	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1057	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1058	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1059	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
1060	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
1061	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1062	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1063	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1064	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110
1065	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
1066	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
1067	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
1068	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1069	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990220991
1070	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1071	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236
1072	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990457212
1073	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990457229
1074	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331
1075	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335
1076	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990457311
1077	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990457328
1078	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348
1079	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
1080	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
1081	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
1082	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
1083	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
1084	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
1085	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
1086	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763
1087	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
1088	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991271701
1089	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
1090	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991271749
1091	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991453558
1092	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
1093	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991453497
1094	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
1095	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991453510
1096	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
1097	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991488413
1098	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909991488345
1099	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991488376
1100	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991488390
1101	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991488161
1102	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991488086
1103	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991488116
1104	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991488147
1105	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909991488291

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1106	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991488215
1107	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253
1108	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277
1109	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1110	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
1111	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
1112	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
1113	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1114	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1115	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1116	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1117	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1118	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
1119	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1120	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1121	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1122	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
1123	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1124	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1125	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1126	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867
1127	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1128	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1129	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
1130	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1131	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1132	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1133	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1134	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
1135	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
1136	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1137	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
1138	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1139	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1140	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1141	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1142	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1143	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
1144	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1145	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
1146	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
1147	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1148	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1149	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1150	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1151	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
1152	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
1153	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
1154	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
1155	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
1156	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068
1157	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051
1158	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082
1159	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129
1160	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112
1161	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143
1162	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181
1163	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174
1164	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242
1165	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235
1166	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297
1167	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020
1168	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
1169	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
1170	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
1171	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
1172	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962
1173	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
1174	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391
1175	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
1176	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813
1177	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242
1178	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525
1179	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1180	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822
1181	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311
1182	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618
1183	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625
1184	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990094813
1185	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813
1186	Moclobemidum	Moklar, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990953714
1187	Mometasoni furoas	Elitason, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
1188	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
1189	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
1190	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
1191	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
1192	Mometasonum	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
1193	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
1194	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1195	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1196	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
1197	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829
1198	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
1199	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
1200	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
1201	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powł., 35 mg	4 szt.	05909990082599
1202	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552
1203	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290
1204	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425
1205	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456
1206	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495
1207	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
1208	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
1209	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189
1210	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202
1211	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
1212	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185
1213	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719
1214	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865
1215	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300
1216	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1217	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047
1218	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172
1219	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000
1220	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997
1221	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
1222	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439
1223	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034
1224	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
1225	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
1226	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
1227	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769
1228	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247
1229	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407
1230	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568
1231	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
1232	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
1233	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
1234	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
1235	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
1236	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
1237	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
1238	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
1239	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
1240	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
1241	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827
1242	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865
1243	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902
1244	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742
1245	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940
1246	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109
1247	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877
1248	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884
1249	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	05909991323615
1250	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05909991323646
1251	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346
1252	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189
1253	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1254	Paroxetine	Rexetin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991006310
1255	Paroxetine	Xetanor 20 mg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990570515
1256	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715
1257	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685
1258	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678
1259	Perindopril tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647
1260	Perindopril tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600
1261	Perindopril tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290
1262	Perindopril tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344
1263	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311
1264	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081
1265	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774
1266	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400
1267	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332
1268	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387
1269	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301
1270	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782
1271	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029
1272	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206
1273	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678
1274	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
1275	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
1276	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990093519
1277	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524
1278	Piribedilum	Pronoran, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320
1279	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773
1280	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582
1281	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629
1282	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667
1283	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
1284	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
1285	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367
1286	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
1287	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299
1288	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
1289	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543
1290	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1291	Pregabalinum	Naxalgen, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
1292	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
1293	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
1294	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
1295	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
1296	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
1297	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
1298	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
1299	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909991033507
1300	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	05909991033590
1301	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
1302	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
1303	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
1304	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710
1305	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516
1306	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615
1307	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882
1308	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417
1309	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
1310	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
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 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
1314	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
1315	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
1316	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
1317	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
1318	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
1319	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
1320	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
1321	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
1322	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
1323	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910
1324	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
1325	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
1326	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
1327	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1328	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903
1329	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
1330	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
1331	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
1332	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
1333	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
1334	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334
1335	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
1336	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303
1337	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
1338	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
1339	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
1340	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
1341	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
1342	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
1343	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
1344	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100
1345	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
1346	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
1347	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
1348	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
1349	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
1350	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523
1351	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
1352	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
1353	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
1354	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
1355	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
1356	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
1357	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
1358	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
1359	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
1360	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
1361	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
1362	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
1363	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
1364	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1365	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854
1366	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809
1367	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779
1368	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759
1369	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
1370	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
1371	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
1372	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
1373	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
1374	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
1375	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
1376	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
1377	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
1378	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
1379	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
1380	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520
1381	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513
1382	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506
1383	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490
1384	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118
1385	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217
1386	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233
1387	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226
1388	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312
1389	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411
1390	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601
1391	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663
1392	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700
1393	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	05909990658145
1394	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117
1395	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386
1396	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454
1397	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762
1398	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415
1399	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 sas.	05909991032609
1400	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 sas.	05909990066704
1401	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 sas.	05909990066766

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1402	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646
1403	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684
1404	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707
1405	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738
1406	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752
1407	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790
1408	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844
1409	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660
1410	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691
1411	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721
1412	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745
1413	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769
1414	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806
1415	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851
1416	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048
1417	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055
1418	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079
1419	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086
1420	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147
1421	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154
1422	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178
1423	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185
1424	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990816255
1425	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990816262
1426	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990816279
1427	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990816286
1428	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990816293
1429	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981
1430	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162
1431	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179
1432	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308
1433	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322
1434	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506
1435	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544
1436	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935
1437	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942
1438	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1439	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000
1440	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683
1441	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000
1442	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086
1443	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607
1444	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683
1445	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775
1446	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586
1447	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982
1448	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156
1449	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954
1450	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985
1451	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074
1452	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227
1453	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333
1454	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294
1455	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355
1456	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393
1457	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085
1458	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092
1459	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108
1460	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198
1461	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204
1462	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242
1463	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582
1464	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803
1465	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971
1466	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685
1467	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890
1468	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586
1469	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968
1470	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728
1471	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612
1472	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636
1473	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781
1474	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798
1475	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1476	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766
1477	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773
1478	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485
1479	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780
1480	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683
1481	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874
1482	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239
1483	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321
1484	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883
1485	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906
1486	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920
1487	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875
1488	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184
1489	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337
1490	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375
1491	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141
1492	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799
1493	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158
1494	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984
1495	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991496579
1496	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812
1497	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991496586
1498	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991509415
1499	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165
1500	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103
1501	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775
1502	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604
1503	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950
1504	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659
1505	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981
1506	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673
1507	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574
1508	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674
1509	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698
1510	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759
1511	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773
1512	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
1513	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865
1514	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599
1515	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636
1516	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079
1517	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086
1518	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093
1519	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062
1520	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250
1521	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304
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., 15 mg	90 szt.	05909990895458
1525	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533
1526	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588
1527	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663
1528	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687
1529	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724
1530	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786
1531	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892
1532	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106
1533	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182
1534	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743
1535	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781
1536	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873
1537	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927
1538	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009
1539	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061
1540	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606
1541	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
1542	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647
1543	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
1544	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
1545	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
1546	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
1547	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
1548	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
1549	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
1550	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
1551	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
1552	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
1553	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	0590999077785
1554	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333
1555	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079
1556	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839
1557	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340
1558	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109
1559	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853
1560	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057
1561	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609
1562	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623
1563	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661
1564	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064
1565	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715
1566	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456
1567	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494
1568	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352
1569	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369
1570	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321
1571	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338
1572	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383
1573	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390
1574	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816
1575	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830
1576	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762
1577	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suwardio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493
1578	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suwardio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315
1579	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suwardio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509
1580	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suwardio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322
1581	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suwardio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486
1582	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suwardio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308
1583	Salbutamolium	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
1584	Salbutamolium	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
1585	Salbutamolium	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
1586	Salbutamolium	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1587	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
1588	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
1589	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
1590	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
1591	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
1592	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
1593	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315
1594	Sertraline	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685
1595	Sertraline	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692
1596	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739
1597	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654
1598	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317
1599	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991483807
1600	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218
1601	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368
1602	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344
1603	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615
1604	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622
1605	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660
1606	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516
1607	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523
1608	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561
1609	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	0590999046621
1610	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	0590999046690
1611	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990919987
1612	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990919888
1613	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163
1614	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040
1615	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963
1616	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925
1617	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990994816
1618	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215
1619	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116
1620	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472
1621	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982
1622	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279
1623	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1624	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293
1625	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532
1626	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655
1627	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991019723
1628	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991019822
1629	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991019945
1630	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110
1631	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219
1632	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318
1633	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990941025
1634	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990941124
1635	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650
1636	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667
1637	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273
1638	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297
1639	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334
1640	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990731565
1641	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990731671
1642	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591
1643	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812
1644	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829
1645	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031
1646	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616
1647	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715
1648	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838
1649	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012
1650	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111
1651	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714
1652	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114
1653	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213
1654	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990935116
1655	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990055722
1656	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215
1657	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314
1658	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990365913
1659	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990366026
1660	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990769124

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1661	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906414003758
1662	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906414003741
1663	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325
1664	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226
1665	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991461393
1666	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991461317
1667	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960
1668	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991405991
1669	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922
1670	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991405953
1671	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135
1672	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394
1673	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991314620
1674	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991340896
1675	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991340872
1676	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304
1677	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388
1678	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340
1679	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777
1680	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753
1681	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640
1682	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633
1683	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069
1684	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995
1685	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148
1686	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117
1687	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315
1688	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308
1689	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285
1690	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278
1691	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115
1692	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016
1693	Spirolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
1694	Spirolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
1695	Spirolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
1696	Spirolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
1697	Spirolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1698	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
1699	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651
1700	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
1701	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
1702	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
1703	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513
1704	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414
1705	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215
1706	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
1707	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416
1708	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
1709	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
1710	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217
1711	Taftuprostum	Taftotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
1712	Taftuprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
1713	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920
1714	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
1715	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
1716	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726
1717	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501
1718	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006
1719	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794
1720	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642
1721	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598
1722	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585
1723	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685
1724	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991496791
1725	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592
1726	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692
1727	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991496807
1728	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196
1729	Tamsulosini hydrochloridum	Prostammic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257
1730	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007
1731	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184
1732	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382
1733	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1734	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709
1735	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451
1736	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570386
1737	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05907626708400
1738	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907626708417
1739	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845
1740	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948
1741	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570690
1742	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992
1743	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036
1744	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808
1745	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895
1746	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221
1747	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214
1748	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081
1749	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068
1750	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075
1751	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235
1752	Tamsulosini hydrochloridum	Urostat 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909997216393
1753	Tamsulosinum	Omnice 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418
1754	Tamsulosinum	Omnice Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070
1755	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
1756	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
1757	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
1758	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
1759	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
1760	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
1761	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
1762	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
1763	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
1764	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713
1765	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720
1766	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768
1767	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867
1768	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1769	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
1770	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003
1771	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034
1772	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429
1773	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436
1774	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
1775	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
1776	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
1777	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095
1778	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
1779	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
1780	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
1781	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
1782	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
1783	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
1784	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
1785	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
1786	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
1787	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
1788	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
1789	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
1790	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
1791	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
1792	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
1793	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
1794	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05903792743566
1795	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
1796	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580
1797	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
1798	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05903792743542
1799	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
1800	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
1801	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05903792743559
1802	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
1803	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
1804	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
1805	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1806	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
1807	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
1808	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
1809	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
1810	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
1811	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
1812	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
1813	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626
1814	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541
1815	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565
1816	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589
1817	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787
1818	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800
1819	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824
1820	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701
1821	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725
1822	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749
1823	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247
1824	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773
1825	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051
1826	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174
1827	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026
1828	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027
1829	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451
1830	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598
1831	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703
1832	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157
1833	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188
1834	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218
1835	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732
1836	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848
1837	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909
1838	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991410667
1839	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932
1840	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963
1841	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007
1842	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1843	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529
1844	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598
1845	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994
1846	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007
1847	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038
1848	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045
1849	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069
1850	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076
1851	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180
1852	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203
1853	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265
1854	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692
1855	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722
1856	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746
1857	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807
1858	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852
1859	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876
1860	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874
1861	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898
1862	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942
1863	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966
1864	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062
1865	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086
1866	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381
1867	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040
1868	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398
1869	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057
1870	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404
1871	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064
1872	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557
1873	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011
1874	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816
1875	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915
1876	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119
1877	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317
1878	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
1879	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1880	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
1881	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
1882	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
1883	tert-Butylamini Perindoprilum	Prelessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494
1884	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
1885	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
1886	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165
1887	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189
1888	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134
1889	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158
1890	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240
1891	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264
1892	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196
1893	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233
1894	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860
1895	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877
1896	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839
1897	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846
1898	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921
1899	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938
1900	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891
1901	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907
1902	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prelessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569
1903	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prelessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167
1904	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
1905	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104
1906	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111
1907	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
1908	Ticlopidini hydrochloridum	Aclofin, tabl. powł., 0,25 g	20 szt.	05909990667116
1909	Ticlopidini hydrochloridum	Aclofin, tabl. powł., 0,25 g	60 szt.	05909990334971
1910	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713
1911	Timololum	Ofensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990073610
1912	Timololum	Ofensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719
1913	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545
1914	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276
1915	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1916	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111
1917	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128
1918	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998
1919	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001
1920	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641
1921	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271
1922	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	90 szt.	05909991139520
1923	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235
1924	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549
1925	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991023485
1926	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522
1927	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642
1928	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666
1929	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680
1930	Tolterodini tartras	Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991437473
1931	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619
1932	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
1933	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949
1934	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956
1935	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
1936	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
1937	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
1938	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
1939	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106
1940	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
1941	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
1942	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
1943	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
1944	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
1945	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
1946	Umeclidinii bromidum	Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	05909991108953
1947	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984
1948	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352
1949	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991345815
1950	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991345785
1951	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1952	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695
1953	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877
1954	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594
1955	Valsartanum	Diovan, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990929214
1956	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067
1957	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081
1958	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159
1959	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961
1960	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985
1961	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065
1962	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877
1963	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969
1964	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983
1965	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990
1966	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147
1967	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909991455798
1968	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909991460914
1969	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	30 szt.	05909991483036
1970	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945
1971	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853
1972	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860
1973	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608
1974	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455
1975	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990804580
1976	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990804542
1977	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
1978	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
1979	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480
1980	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459
1981	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991323837
1982	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991323875
1983	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991323783
1984	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255
1985	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949
1986	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864
1987	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833
1988	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1989	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008
1990	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107
1991	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138
1992	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176
1993	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244
1994	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927
1995	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941
1996	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246
1997	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253
1998	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260
1999	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277
2000	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284
2001	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291
2002	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464
2003	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501
2004	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192
2005	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208
2006	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239
2007	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132
2008	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262
2009	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961
2010	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005
2011	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
2012	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
2013	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351
2014	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991197735
2015	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
2016	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
2017	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
2018	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
2019	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
2020	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
2021	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
2022	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
2023	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879
2024	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650
2025	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2026	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643
2027	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
2028	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
2029	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374
2030	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299
2031	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350
2032	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
2033	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498
2034	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
2035	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
2036	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
2037	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
2038	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
2039	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
2040	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
2041	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
2042	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
2043	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
2044	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
2045	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
2046	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
2047	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
2048	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
2049	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
2050	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
2051	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
2052	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
2053	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
2054	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
2055	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
2056	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
2057	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
2058	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
2059	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
2060	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
2061	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
2062	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2063	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211
2064	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310
2065	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
2066	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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acidum ursodeoxycholicum	Prousan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
2	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
3	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
4	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
5	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
6	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aeroszol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747
7	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aeroszol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505
8	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aeroszol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
9	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aeroszol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
10	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
11	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
12	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aeroszol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
13	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137
14	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
15	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
16	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
17	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
18	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
19	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
20	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
21	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
22	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
23	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
24	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
25	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
26	Budesonidum	Budiair, aeroszol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
27	Budesonidum	Budiair, aeroszol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
28	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
29	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
30	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213
31	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
32	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
33	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
34	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
35	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
36	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
37	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
38	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
39	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
40	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
41	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
42	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
45	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
46	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
47	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
48	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
49	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
50	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
51	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
52	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
53	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
54	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
55	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
56	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
57	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
58	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
59	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
60	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
61	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
62	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
63	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
64	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
65	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
66	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
67	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218530

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
68	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
69	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218523
70	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
71	Enoxaparinum natrium	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
72	Enoxaparinum natrium	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
73	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
74	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
75	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
76	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
77	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
78	Enoxaparinum natrium	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
79	Enoxaparinum natrium	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
80	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
81	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
82	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
83	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
84	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
85	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
86	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
87	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
88	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
89	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
90	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
91	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
92	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
93	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
94	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
95	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
96	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
97	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
98	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
99	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
100	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
101	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
102	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
103	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
104	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
105	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
106	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
107	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
108	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
109	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
110	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
111	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
112	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
113	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
114	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
115	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
116	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
117	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
118	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
119	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
120	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
121	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
122	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
123	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
124	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
125	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966
126	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
127	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
128	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
129	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
130	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
131	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
132	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
133	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
134	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
135	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
136	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
137	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
138	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
139	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
140	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
141	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
142	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924
143	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	07613421020934
144	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
145	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990975914
146	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
147	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
148	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
149	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
150	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
151	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
152	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
153	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990996681
154	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
155	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
156	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
157	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
158	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
159	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
160	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
161	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
162	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
163	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
164	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
165	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
166	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
167	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717
168	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
169	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
170	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
171	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
172	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
173	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
174	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566

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	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
176	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
177	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
178	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580
179	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
180	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
181	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
182	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603
183	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
184	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
185	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
186	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
187	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
188	Insulinum humanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448
189	Insulinum humanum	Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585
190	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
191	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
192	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
193	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
194	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
195	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
196	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
197	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
198	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
199	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
200	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
201	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
202	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
203	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
204	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
205	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
206	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
207	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
208	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
209	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
210	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
211	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480

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	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
213	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
214	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
215	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
216	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
217	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
218	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
219	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
220	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
221	Lamotryginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
222	Lamotryginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
223	Lamotryginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
224	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
225	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
226	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200
227	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224
228	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231
229	Levetiracetamum	Kepra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
230	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
231	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379
232	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
233	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
234	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
235	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492
236	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591
237	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577
238	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652
239	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
240	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
241	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
242	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957
243	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060
244	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183
245	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672
246	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
247	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
248	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037

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	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986
250	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894
251	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856
252	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
253	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
254	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135
255	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203
256	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180
257	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272
258	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258
259	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
260	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
261	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497
262	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640
263	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602
264	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886
265	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841
266	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
267	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
268	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858
269	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889
270	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872
271	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926
272	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
273	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
274	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
275	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956
276	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052
277	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151
278	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
279	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
280	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
281	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
282	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
283	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
284	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
285	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
286	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
287	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
288	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
289	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
290	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
291	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
292	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
293	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
294	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
295	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
296	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
297	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
298	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
299	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
300	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
301	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
302	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
303	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
304	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
305	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
306	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
307	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
308	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
309	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
310	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
311	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
312	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
313	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
314	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
315	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
316	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
317	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
318	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
319	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
320	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
321	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
322	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
323	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
324	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
325	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
326	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
327	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
328	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
329	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990881734
330	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462
331	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
332	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
333	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
334	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
335	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
336	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243
337	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858
338	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235
339	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
340	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
341	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266
342	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013
343	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991472023
344	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481
345	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991472030
346	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
347	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
348	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
349	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090
350	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
351	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
352	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
353	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
354	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300
355	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
356	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
357	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
358	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
359	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
360	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
361	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
362	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
363	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809
364	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
365	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
366	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
367	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
368	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615
369	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714
370	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
371	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
372	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
373	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
374	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
375	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
376	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
377	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
378	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
379	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
380	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
381	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
382	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
383	Salbutamolom	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
384	Salbutamolom	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
385	Salbutamolom	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
386	Salbutamolom	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
387	Salbutamolom	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
388	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
389	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
390	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
391	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardech, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
392	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
393	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
394	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352