Warszawa, dnia środa, 18 września 2024 r.

Poz. 79

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia 18 września 2024 r.

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

Na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930, 1938 i 2105) ustala się na dzień 1 października 2024 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stanowiący załącznik do obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

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

[2)] Niniejsze obwieszczenie zawiera także leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, które są objęte refundacją od dnia 1 lipca 2021 r., od dnia 1 września 2021 r., od dnia 1 listopada 2021 r., od dnia 1 stycznia 2022 r., od dnia 1 marca 2022 r., od dnia 1 maja 2022 r., od dnia 1 lipca 2022 r., od dnia 1 września 2022 r., od dnia 1 listopada 2022 r., od dnia 1 stycznia 2023 r., od dnia 1 marca 2023 r., od dnia 1 maja 2023 r., od dnia 1 lipca 2023 r., od dnia 1 września 2023 r., od dnia 1 listopada 2023 r., od dnia 1 stycznia 2024 r. od dnia 1 kwietnia 2024 r. oraz od dnia 1 lipca 2024 r. na okres obowiązywania decyzji o objęciu refundacją tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2024-09-18 (poz. 79)

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2024-10-01

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	2024-07-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	12,30	13,28	14,08	18,95	18,95	Cukrzyca		30%	5,12
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	2024-07-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	8,70	9,40	9,96	12,77	9,48	Cukrzyca		30%	5,52
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990109920	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,10	8,75	9,29	11,26	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,16
4	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	2024-04-01	5 lat	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	9,24	9,98	10,57	14,56	14,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,35
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	2024-10-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	8,98	9,70	10,28	14,21	12,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,88
6	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675	2024-10-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	14,50	15,66	16,60	23,04	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,52
7	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736	2024-10-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	29,00	31,32	33,20	42,67	42,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,34
8	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	10,50	11,34	12,02	15,95	12,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	17,50	18,90	20,03	26,47	25,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	2022-05-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	35,00	37,80	40,07	49,54	49,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,77
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	10,67	11,52	12,21	16,14	12,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,83
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	19,47	21,03	22,29	28,73	25,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,45
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt.	05909990840229	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	35,99	38,87	41,20	50,67	50,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,81
14	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,65	8,26	8,80	12,30	12,30	Osteoporoza		30%	3,69
15	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	6,10	6,59	7,13	10,63	10,63	Osteoporoza		30%	3,19
16	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	2022-09-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,00	5,40	5,94	9,44	9,44	Osteoporoza		30%	2,83
17	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	2024-04-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,83	8,46	9,00	12,50	12,50	Osteoporoza		30%	3,19
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	2024-07-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,85	8,48	9,02	12,52	12,50	Osteoporoza		30%	3,39
19	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	2024-07-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	11,77	12,71	13,48	18,21	18,21	Osteoporoza		30%	4,91
20	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,73	8,35	8,89	12,39	12,39	Osteoporoza		30%	3,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	8,40	9,07	9,61	13,32	13,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	11,99
22	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	2,80	3,02	3,56	5,03	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	4,53
23	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 120 mg	120 szt.	05909991227272	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	91,00	98,28	104,18	117,55	94,82	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	25,93
24	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	191,00	206,28	218,66	236,03	189,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	49,58
25	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	2022-11-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	72,90	78,73	83,45	95,19	75,09	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	42,63
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	75,15	81,16	86,03	98,48	83,43	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	36,07
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	68,00	73,44	77,85	89,59	75,09	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	33,33
28	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	45,00	48,60	51,52	61,13	50,06	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby; Wewnątrzwątrobowa cholestaza ciężarnych		30%	23,48
29	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794	2022-09-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	62,00	66,96	70,98	83,43	83,43	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	25,03
30	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	32,20	34,78	36,86	45,74	45,74	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
31	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	32,20	34,78	36,86	45,74	45,74	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
32	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	9,66	10,43	11,06	15,17	13,72	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,65
33	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	9,66	10,43	11,06	15,17	13,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,45
34	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	19,39	20,94	22,19	28,86	27,44	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,62
35	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	19,39	20,94	22,19	28,86	27,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,42
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,35	12,26	12,99	17,01	14,16	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,05
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,35	12,26	12,99	17,01	14,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,85
38	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,35	15,50	16,43	22,23	22,23	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
39	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2024-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,35	15,50	16,43	22,23	22,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
40	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,45	15,61	16,55	22,35	22,35	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
41	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2022-05-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,45	15,61	16,55	22,35	22,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
42	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,55	16,79	17,80	23,60	23,60	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
43	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,55	16,79	17,80	23,60	23,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
44	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 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,58	6,03	6,57	8,17	4,72	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,65
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	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,58	6,03	6,57	8,17	4,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,45
46	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 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	43,01	46,45	49,24	57,93	47,20	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	13,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
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	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	43,01	46,45	49,24	57,93	47,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,73
48	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 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,79	13,81	14,64	18,11	11,80	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,51
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	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,79	13,81	14,64	18,11	11,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,31
50	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 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,50	23,22	24,61	30,41	23,60	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	10,01
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	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,50	23,22	24,61	30,41	23,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,81
52	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,18	34,75	36,84	44,20	35,40	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	12,00
53	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,18	34,75	36,84	44,20	35,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,80
54	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2024-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	111,41	109,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
55	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 - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	111,41	109,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
56	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncetrat 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 - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	105,68	105,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
57	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	2024-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	109,12	109,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
58	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	146,53	163,21	163,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
59	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	40,00	43,20	45,79	55,54	49,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,84
60	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	366,34	389,36	389,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
61	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	96,00	103,68	109,90	124,75	124,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
62	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	146,53	163,21	163,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
63	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	2023-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	40,00	43,20	45,79	55,54	49,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,84
64	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	366,34	389,36	389,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
65	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711	2022-07-01	3 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	41,00	44,28	46,94	56,98	56,98	Leczenie doraźne w nagłych przypadkach ostrych reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej		50%	28,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
66	Agomelatinum	Agolek, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991388768	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	46,00	49,68	52,66	63,23	62,78	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,28
67	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05901720140494	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	48,30	52,16	55,30	66,24	66,24	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,87
68	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	09008732009293	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,00	48,60	51,52	62,09	62,09	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,63
69	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05995327174952	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,60	49,25	52,21	62,78	62,78	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,83
70	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	56 szt.	05995327174969	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	89,60	96,77	102,58	117,15	117,15	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	35,15
71	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	03838989699352	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,70	49,36	52,32	62,89	62,78	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,94
72	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fiol.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118	2022-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	330,92	357,39	378,84	409,55	409,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41
73	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	20,61	26,72	25,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,38
74	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	20,42	20,42	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
75	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	8,45	9,13	9,68	12,25	8,54	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,91
76	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (blister)	05909990837816	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	22,50	24,30	25,76	31,87	25,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,53
77	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,25	5,67	6,21	8,97	8,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
78	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,80	10,58	11,22	15,66	15,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
79	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,20	11,02	11,67	16,46	16,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
80	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,10	5,51	6,05	8,81	8,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
81	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	30,60	33,05	35,04	44,51	44,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
82	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,18	9,91	10,51	14,95	14,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
83	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,09	5,50	6,04	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
84	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,17	9,90	10,50	14,94	14,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
85	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	6,00	6,48	7,02	9,78	9,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,64
86	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,80	11,66	12,37	16,81	16,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
87	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	169.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - amantadyna	13,80	14,90	15,80	21,10	21,10	Choroba i zespół Parkinsona	dyskineza późna u osób dorosłych - leczenie	30%	6,33
88	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	5 lat - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,00	6,48	7,02	10,68	10,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	2,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
89	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,50	5,94	6,48	8,48	6,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	3,42
90	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818	2024-04-01	3 lata	31.0, Leki przeciwarytmiczne klasy III - amiodaron	22,13	23,90	25,34	32,49	32,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76
91	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	21,60	23,33	24,73	31,80	28,34	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,66
92	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,20	46,66	49,45	59,75	56,69	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,26
93	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,40	93,31	98,91	113,21	113,21	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
94	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	40,75	44,01	46,66	56,96	56,69	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,47
95	Amisulpridum	Amisan, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990762996	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,60	93,53	99,14	113,44	113,37	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,27
96	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	81,50	88,02	93,30	107,60	107,60	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
97	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	21,90	23,65	25,07	32,14	28,34	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,00
98	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,27	46,73	49,54	59,84	56,69	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,35
99	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,54	93,46	99,07	113,37	113,37	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
100	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	42,00	45,36	48,08	58,38	56,69	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	4,89
101	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	84,00	90,72	96,16	110,46	110,46	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
102	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	22,00	23,76	25,19	32,26	28,34	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,12
103	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,95	47,47	50,32	60,62	56,69	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,13
104	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991466114	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,34	110,34	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
105	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991471248	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,34	110,34	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
106	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991520250	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,34	110,34	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
107	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991452261	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	84,00	90,72	96,16	110,46	110,46	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
108	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	87,90	94,93	100,62	114,92	113,37	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	4,75
109	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,20	46,66	49,45	59,75	56,69	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,26
110	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,40	93,31	98,91	113,21	113,21	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
111	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,50	5,94	6,48	11,03	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,31
112	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	2,80	3,02	3,56	6,15	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,85
113	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,90	8,53	9,07	13,62	13,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,09
114	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,70	5,08	5,62	8,21	8,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,46
115	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,04	9,76	10,35	14,90	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,47
116	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,60	16,85	17,86	25,04	25,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,51
117	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,54	4,90	5,44	8,03	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,41
118	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,80	8,42	8,96	13,51	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,05
119	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	11,33	15,88	15,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,28
120	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,10	5,51	6,05	8,64	8,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,33
121	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	11,33	15,88	15,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
122	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,95	5,35	5,89	8,48	8,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,54
123	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,14	6,63	7,17	11,72	11,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,52
124	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,45	3,73	4,27	6,86	6,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,06
125	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,40	6,91	7,45	12,00	12,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,60
126	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,60	3,89	4,43	7,02	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,11
127	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,85	9,56	10,13	14,68	14,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,40
128	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,85	9,56	10,13	14,68	14,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,40
129	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,90	9,61	10,18	14,73	14,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,42
130	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,35	12,26	12,99	17,54	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,41
131	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,65	6,10	6,64	9,23	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,16
132	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,73	14,83	15,71	20,26	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
133	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,78	10,56	11,20	13,79	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,95
134	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,00	9,72	10,30	14,85	14,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
135	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990907311	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,80	4,10	4,64	6,11	4,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,08
136	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,50	4,86	5,40	7,99	7,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,40
137	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,86	8,49	9,03	13,58	13,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,07
138	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,90	4,21	4,75	7,34	7,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,20
139	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	11,33	15,88	15,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,76
140	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,95	5,35	5,89	8,48	8,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,54
141	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	14,85	16,04	17,00	23,14	23,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,94
142	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,70	10,48	11,10	15,65	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,70
143	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,75	5,13	5,67	8,26	8,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
144	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
145	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
146	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	8,75	9,29	12,45	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,96
147	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
148	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	36,63	44,79	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,83
149	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
150	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	36,63	44,79	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,83
151	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,25	8,91	9,45	12,61	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,12
152	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	23,68	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,70
153	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,42
154	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
155	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,42
156	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,24	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,26
157	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,24	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,26
158	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,24	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,26
159	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,65	21,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,27
160	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,25	26,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
161	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,21	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,22
162	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,27	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,71
163	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	26,87	29,02	30,76	38,72	38,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
164	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	17,64	19,05	20,20	26,16	23,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,52
165	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,25	26,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
177	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	14,81	15,99	16,96	23,29	23,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
178	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	24,76	26,74	28,35	35,71	35,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,94
179	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 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,75	9,45	10,02	12,71	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,27
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	16,51	17,83	18,90	23,59	17,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,71
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,17	13,14	13,93	18,71	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,14
182	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,39	18,78	19,90	26,86	26,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,43
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	27,45	27,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,73
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,30	23,00	24,39	31,35	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,36
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,00	32,40	34,34	42,84	42,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,42
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	16,20	17,50	18,54	23,47	19,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,95
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	25,80	27,86	29,54	37,18	37,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,59

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,00	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,01
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,10	23,87	25,30	33,03	33,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,52
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,73	24,55	26,02	33,66	33,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,83
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,03	10,83	11,48	15,41	12,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,99
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,23	14,29	15,14	19,92	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,35
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,35	20,90	22,15	29,11	29,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,56
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,40	20,95	22,20	29,16	29,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,58
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,45	21,01	22,27	29,23	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,62
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,42	26,37	27,96	34,92	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,93
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	29,52	31,88	33,79	42,29	42,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,15
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909990614318	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	27,95	30,19	32,00	39,64	38,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	17,34	18,73	19,85	24,78	19,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,26
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,75	19,17	20,33	27,29	27,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,65
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,05	9,77	10,36	15,05	15,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,53
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,25	20,79	22,04	29,00	29,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,50
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,65	19,06	20,21	27,17	27,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,59
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,75	26,73	28,34	36,84	36,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,42
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,00	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,01
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	28,14	28,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,07
216	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,48	28,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,24
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	31,77	40,53	40,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,27
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,20	30,46	32,28	41,04	41,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	28,47	30,75	32,59	39,95	35,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,96
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,99	20,51	21,74	26,43	17,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,80
221	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,06	10,86	11,51	14,20	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,78
222	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	16,77	18,11	19,20	23,98	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,87
223	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,26	26,20	27,78	34,22	25,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,23
224	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,90	31,21	33,08	40,04	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,55
225	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	38,44	41,52	44,01	52,77	44,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	27,25
226	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	18,26	25,22	25,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,61
227	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802432	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,25	40,23	42,65	52,36	52,36	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
228	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082162	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	43,50	46,98	49,80	59,51	52,94	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	6,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
229	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991529468	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,14	36,87	39,09	49,11	49,11	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
230	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991457808	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,15	36,88	39,10	48,81	48,81	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
231	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990756711	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	47,80	51,62	54,72	64,43	52,94	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	11,49
232	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991090029	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,41	52,94	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	3,47
233	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082148	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,80	48,38	51,29	61,00	52,94	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	8,06
234	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991464288	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,46	40,46	42,89	52,91	52,91	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
235	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05909990861040	<1>2024-07-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	63,39	68,46	72,57	77,33	17,26	<1>Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	65,25
236	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991019396	2023-05-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	225,00	243,00	257,58	270,56	96,67	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	202,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
237	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	68,69	80,91	80,91	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
238	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	68,69	80,91	80,91	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
239	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2022-11-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	85,00	91,80	97,31	109,53	80,91	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	31,82
240	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2024-07-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	55,00	59,40	62,96	75,18	75,18	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
241	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	103,89	112,20	118,93	134,39	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,26
242	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	59,95	64,75	68,63	82,56	82,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
243	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	62,98	68,02	72,10	86,03	86,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
244	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	80,02	86,42	91,61	105,54	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,16

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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
245	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	119,90	129,49	137,26	155,25	155,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
246	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	125,96	136,04	144,20	162,19	162,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
247	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,00	172,80	183,17	201,16	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
248	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	320,11	345,72	366,47	389,49	389,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
249	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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu	785,70	848,56	899,47	935,21	935,21	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia arypiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
250	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,30	81,32	86,21	100,14	100,14	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
251	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	57,00	61,56	65,25	76,71	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,86
252	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	114,00	123,12	130,51	145,97	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
253	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	170,15	183,76	194,79	212,78	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,59
254	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	83,80	90,50	95,94	109,87	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,49
255	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,03
256	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	253,50	273,78	290,21	310,72	301,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,94
257	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	162,76	175,78	186,33	204,32	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,13
258	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	2021-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	57,00	61,56	65,25	76,71	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,86
259	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	114,00	123,12	130,51	145,97	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,84
260	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	170,15	183,76	194,79	212,78	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
261	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	2021-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	83,80	90,50	95,94	109,87	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,49
262	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,03
263	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	253,50	273,78	290,21	310,72	301,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,94
264	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	162,76	175,78	186,33	204,32	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,13
265	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	103,89	112,20	118,93	134,39	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,62
266	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	5 lat - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,98	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,06
267	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,13
268	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	331,13	357,62	379,08	402,10	402,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,16

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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
269	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,98	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,60
270	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,50	78,30	83,00	96,93	96,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
271	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	50,50	54,54	57,81	69,27	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,42
272	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	80,50	86,94	92,16	106,09	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,71
273	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	86,40	93,31	98,91	113,17	107,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,61
274	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,03
275	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	145,00	156,60	166,00	184,35	184,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
276	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	263,92	285,03	302,14	323,19	323,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
277	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,03
278	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	78,00	84,24	89,29	103,55	103,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
279	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-03-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	64,40	69,55	73,72	87,65	87,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
280	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690	2021-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	64,00	69,12	73,27	84,73	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	20,88
281	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713	2021-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	129,00	139,32	147,68	163,14	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	33,01
282	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836	2021-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	97,75	105,57	111,91	125,84	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	28,46
283	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850	2021-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	196,75	212,49	225,24	243,23	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	48,04
284	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,16	52,01	55,13	66,59	66,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
285	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	96,32	104,03	110,27	125,73	125,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98
286	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,24	78,02	82,70	96,63	96,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
287	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	144,48	156,04	165,40	183,39	183,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
288	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	24,08	26,01	27,56	35,49	33,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,16
289	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,16	52,01	55,13	66,59	66,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
290	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	55,00	59,40	62,96	74,42	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,57
291	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	54,00	58,32	61,82	73,71	71,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,07
292	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	110,00	118,80	125,93	141,39	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
293	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	108,00	116,64	123,64	139,53	139,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,27
294	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	82,50	89,10	94,45	108,38	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,00
295	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	165,00	178,20	188,89	206,88	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,69
296	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	178,00	192,24	203,77	221,76	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	26,57
297	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	26,66	28,79	30,52	38,45	33,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,12
298	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	51,94	56,10	59,46	70,92	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,07
299	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	2021-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,98	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,60
300	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,00	113,40	120,20	135,66	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
301	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	80,60	87,05	92,28	106,21	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,83
302	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,03
303	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	315,00	340,20	360,61	383,63	383,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
304	Atomoxetinum	Atofab, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	09008732012224	2022-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	48,49	52,37	55,51	67,02	67,02	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
305	Atomoxetinum	Atofab, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	09008732012231	2022-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	77,60	83,81	88,84	103,12	103,12	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
306	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991412173	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	48,50	52,38	55,52	67,03	67,03	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
307	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991412241	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	77,56	83,76	88,79	103,07	103,07	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
308	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,47	23,19	24,58	31,63	30,09	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	4,74
309	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	38,75	41,85	44,37	54,16	54,16	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
310	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	55,12	59,53	63,10	74,61	74,61	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
311	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909991523985	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	51,95	56,11	59,48	71,43	71,43	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
312	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	88,48	95,56	101,29	115,57	115,57	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
313	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241	2023-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	80,00	86,40	91,58	106,21	106,21	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
314	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,88	23,63	25,05	32,10	30,09	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	5,21
315	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	39,38	42,53	45,08	54,87	54,16	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	3,91
316	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	54,69	59,07	62,61	74,12	74,12	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
317	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	87,50	94,50	100,17	114,45	114,45	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
318	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,05	7,61	8,15	9,65	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,70
319	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,20	14,26	15,11	17,75	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,85
320	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,95	25,87	27,42	32,04	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	20,24
321	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,96	7,52	8,06	9,56	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
322	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,84	22,51	23,86	27,65	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,80
323	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,67	10,44	11,07	13,71	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,81
324	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,05	19,49	20,66	25,28	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,48
325	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	33,20	39,46	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,76
326	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,30	14,36	15,23	19,02	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
327	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,00	27,00	28,62	34,88	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,18
328	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,33	20,88	22,13	26,75	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,95
329	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,10	38,99	41,33	48,61	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	25,01
330	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,49	59,93	63,53	72,77	50,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	37,36
331	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	33,20	39,46	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
332	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,66	41,75	44,26	51,54	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	27,94
333	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,29	6,79	7,33	9,97	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,07
334	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,58	13,59	14,40	19,02	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,22
335	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,29	5,71	6,25	8,89	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,99
336	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,87	17,14	18,17	24,43	24,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
337	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991321710	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	16,06	16,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,82
338	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382896	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	3,46	4,00	5,50	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,55
339	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991382902	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,95	6,43	6,97	9,61	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,71
340	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,20	9,94	10,53	14,32	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,47
341	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991382926	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,95	12,91	13,68	18,30	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
342	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,32	15,47	16,39	22,65	22,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,80
343	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,09	20,62	21,86	29,14	29,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,74
344	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,00	3,24	3,78	5,28	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
345	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,20	6,70	7,24	9,88	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,98
346	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,07	11,96	12,67	17,29	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
347	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,60	17,93	19,01	25,27	25,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,58
348	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,40	13,39	14,19	18,81	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
349	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990900305	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,13	23,90	25,34	32,62	32,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,79
350	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990900336	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,20	35,86	38,01	47,25	47,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,18
351	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,02	23,78	25,21	32,49	32,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
352	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991501655	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	8,20	8,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,46
353	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991501662	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,27	15,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,58
354	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991444686	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,35	2,54	3,08	4,58	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,63
355	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991444730	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	5,62	8,26	8,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,48
356	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	08595566453541	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,27	15,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
357	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991444747	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,95	15,07	15,97	22,23	22,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,67
358	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991444792	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,40	10,15	10,76	15,38	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
359	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	08595566453589	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,60	20,09	21,30	28,58	28,58	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%	8,57
360	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991444853	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,80	20,30	21,52	28,80	28,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,64
361	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,19	7,77	8,31	9,81	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
362	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,39	15,54	16,47	19,11	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,89
363	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,79	31,09	32,96	37,58	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,20
364	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,17	28,26	29,96	37,24	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,28
365	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,50	7,02	7,56	9,06	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,11
366	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,00	11,88	12,59	15,23	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
367	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,81	9,51	10,09	14,50	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,35
368	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,40	22,03	23,35	27,97	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,17
369	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,75	32,13	34,06	41,34	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,97
370	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,90	7,45	7,99	9,49	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,89
371	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,95	7,51	8,05	10,69	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
372	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,65	10,42	11,05	14,84	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,39
373	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,80	11,66	12,37	15,01	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,20
374	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,25	13,23	14,03	18,65	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
375	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,25	19,71	20,90	27,16	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,51
376	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,70	23,44	24,84	29,46	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
377	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,36	25,23	26,74	34,02	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,38
378	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,20	39,10	41,44	50,68	50,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,74
379	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	5,62	7,12	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
380	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990905539	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,30	6,80	7,34	9,98	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,08
381	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990905553	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,35	10,10	10,70	14,49	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,64

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
387	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990905867	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,50	38,34	40,64	49,88	49,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,96
388	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,70	4,00	4,54	6,04	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,09
389	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,40	7,99	8,53	11,17	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,27
390	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991415976	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,10	7,67	8,21	12,00	12,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,60
391	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,80	15,98	16,95	21,57	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
392	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991419042	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,20	15,34	16,25	22,51	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,75
393	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	33,20	40,48	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,88
394	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990957071	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,00	37,80	40,07	47,35	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,75
395	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990338290	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,25	6,75	7,29	8,79	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,84
396	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990338368	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,00	9,72	10,30	12,94	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
397	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990338436	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,95	18,31	19,41	24,03	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,23
398	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990338443	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	51,39	55,50	58,83	68,07	50,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	32,66
399	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,00	7,56	8,10	9,60	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,98
400	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,00	15,12	16,03	18,67	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,49
401	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	27,83	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
402	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,16	12,05	12,78	15,42	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,57
403	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,80	22,46	23,81	28,43	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,97
404	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,05	33,53	35,54	41,80	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,69
405	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,85	18,20	19,29	23,91	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,90
406	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990810178	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,33	29,52	31,29	38,57	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,47

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
412	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	14,36	15,51	16,44	19,70	11,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,32
413	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	12,60	13,61	14,43	19,21	16,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	5,73
414	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	12,60	13,61	14,43	19,21	16,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,53
415	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	20,40	22,03	23,35	30,13	27,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	5,53
416	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	20,40	22,03	23,35	30,13	27,80	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,33
417	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	45,67	55,59	55,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,56
418	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	45,67	55,59	55,59	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
419	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,95	15,07	15,97	18,90	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
420	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,06	24,90	26,40	29,33	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	22,05
421	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,57	14,66	15,53	18,46	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,27
422	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990969876	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,05	6,53	7,07	10,00	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	5,17
423	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,50	13,50	14,31	16,93	7,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,00
424	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	29,79	15,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,93
425	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,60	34,13	36,18	42,40	23,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,61
426	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	39,50	42,66	45,22	52,23	29,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	37,49
427	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997214023	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,37	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,54
428	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997223537	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	14,95	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,12
429	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909990573738	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	21,82	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	16,99
430	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,37	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
431	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997223551	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	14,95	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,12
432	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990573752	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	18,96	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,13
433	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991087319	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,49	10,25	10,86	13,79	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,96
434	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,42	16,65	17,66	22,26	15,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,40
435	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,30	19,76	20,95	27,17	23,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	15,38
436	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	25,83	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,90
437	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,80	12,74	13,51	16,44	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,45
438	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,37	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,59
439	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,50	13,50	14,31	16,93	7,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,00
440	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt.	05909990846214	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	22,82	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,41
441	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	20,61	23,54	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,71

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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
442	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	20,61	23,54	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,71
443	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	29,79	15,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,93
444	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,60	34,13	36,18	42,40	23,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,61
445	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	109,50	118,26	125,36	140,98	140,98	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,80
446	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>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	250,75	270,81	287,06	307,90	307,90	<1>Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych; <2>Leczenie podtrzymujące astmy u pacjentów z niewystarczającą kontrolą objawów choroby po zastosowaniu produktu złożonego z długo działającego agonisty receptorów beta-2 i średnich dawek kortykosteroidu wziewnego, u których wystąpiło jedno lub więcej zaostrzeń astmy w ciągu poprzedniego roku		30%	92,37
447	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	75,56	89,09	89,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
448	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	2022-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	109,50	118,26	125,36	140,98	140,98	Astma		ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
449	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	131,28	141,78	150,29	165,91	140,98	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,73
450	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696	2023-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	131,28	141,78	150,29	165,91	140,98	Astma		ryczałt	29,73
451	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144	2023-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	131,28	141,78	150,29	165,91	140,98	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	67,22
452	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205	2023-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	262,56	283,56	300,57	320,41	281,96	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	123,04
453	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990118915	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,10	17,39	18,44	20,63	7,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	17,28
454	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990119011	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,00	24,84	26,33	30,31	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	23,60
455	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990118816	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,00	12,96	13,74	15,01	3,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	14,54
456	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	16,97	18,33	19,43	24,24	18,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	8,80
457	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	2022-11-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	18,20	19,66	20,83	27,38	27,38	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,69
458	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	2022-11-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	11,95	12,91	13,68	17,69	13,93	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	10,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
459	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625	2022-01-01	3 lata	81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego	50,00	54,00	57,24	68,31	68,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,16
460	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	2023-05-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	18,60	20,09	21,30	27,85	27,85	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,93
461	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	10 ml	05909990186525	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	17,97	19,41	20,57	23,59	11,02	Jaskra		30%	15,88
462	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	5 ml	05909990186518	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	9,03	9,75	10,34	12,03	5,51	Jaskra		30%	8,17
463	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,45	33,97	36,01	44,01	35,44	Jaskra		ryczałt	11,77
464	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	94,35	101,90	108,01	122,01	106,33	Jaskra		ryczałt	24,64
465	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	31,95	39,95	35,44	Jaskra		ryczałt	7,71
466	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,75	90,45	95,88	109,88	106,33	Jaskra		ryczałt	12,51
467	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,88	30,11	31,91	39,91	35,44	Jaskra		ryczałt	7,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
468	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,72	29,94	31,73	39,73	35,44	Jaskra		ryczałt	7,49
469	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,16	89,81	95,20	109,20	106,33	Jaskra		ryczałt	11,83
470	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,88	32,27	34,20	42,20	35,44	Jaskra		ryczałt	9,96
471	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,68	96,85	102,66	116,66	106,33	Jaskra		ryczałt	19,29
472	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	2023-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,88	32,27	34,20	42,20	35,44	Jaskra		ryczałt	9,96
473	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	2023-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,68	96,85	102,66	116,66	106,33	Jaskra		ryczałt	19,29
474	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,99	32,39	34,33	42,33	35,44	Jaskra		ryczałt	10,09
475	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	2022-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	8,95	9,67	10,25	14,16	14,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,25
476	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	2022-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	11,35	12,26	12,99	17,42	16,99	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
477	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,94	13,98	14,82	20,79	20,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	5,76
478	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,47	6,99	7,53	11,11	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	2,88
479	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,60	16,85	17,86	23,83	23,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
480	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	23,40	25,27	26,78	34,29	34,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	9,60
481	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,80	8,42	8,96	12,54	12,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
482	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,70	12,64	13,39	18,21	18,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,80
483	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,40	6,91	7,45	11,03	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
484	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,20	3,46	4,00	5,97	5,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
485	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,15	7,72	8,26	11,84	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
486	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,35	4,70	5,24	7,21	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,91
487	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,50	7,02	7,56	11,14	11,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
488	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990633869	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,74	14,84	15,72	21,69	21,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
489	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,75	4,05	4,59	6,56	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,26
490	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990633807	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,87	7,42	7,96	11,54	11,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
491	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,39	6,90	7,44	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
492	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,19	3,45	3,99	5,96	5,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
493	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,63	9,32	9,88	13,46	13,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,65
494	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,25	18,63	19,75	25,72	25,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
495	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,31	4,65	5,19	7,16	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,86
496	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,63	9,32	9,88	13,46	13,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,65
497	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05038256002863	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brekspiprazol	255,00	275,40	291,92	312,90	312,90	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
498	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05038256002870	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brekspiprazol	255,00	275,40	291,92	312,90	312,90	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
499	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powl., 3 mg	28 szt.	05038256002887	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brekspiprazol	255,00	275,40	291,92	312,90	312,90	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
500	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05038256002894	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brekspiprazol	255,00	275,40	291,92	312,90	312,90	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
501	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,56	18,96	20,10	26,48	24,00	Jaskra		ryczałt	5,68
502	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2022-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	20,50	22,14	23,47	29,85	24,00	Jaskra		ryczałt	9,05
503	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	46,14	49,83	52,82	64,23	64,23	Jaskra		ryczałt	8,00
504	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483	2022-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,23	16,45	17,43	23,81	23,81	Jaskra		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
505	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490	2022-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	45,70	49,36	52,32	63,73	63,73	Jaskra		ryczałt	8,00
506	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 anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,42	24,00	Jaskra		ryczałt	9,62
507	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,07	23,84	25,26	31,64	24,00	Jaskra		ryczałt	10,84
508	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	23,64	25,53	27,06	33,44	24,00	Jaskra		ryczałt	12,64
509	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 anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,80	21,38	22,67	29,05	24,00	Jaskra		ryczałt	8,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
510	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,42	24,00	Jaskra		ryczałt	9,62
511	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588	2021-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	59,55	64,31	68,17	79,58	72,00	Jaskra		ryczałt	15,58
512	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	2 lata 4 miesiące - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	317,59	343,00	363,58	386,53	386,53	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennoxa-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
513	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	2 lata 4 miesiące - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	296,42	320,13	339,35	361,63	361,63	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennoxa-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
514	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990211913	2022-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	12,20	13,18	13,96	18,80	18,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
515	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2023-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,10	58,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
516	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2023-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,10	58,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,25
517	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2023-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,69	65,55	69,48	81,76	81,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
518	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2023-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,69	65,55	69,48	81,76	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,65
519	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,39	52,26	55,39	66,26	66,11	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,35
520	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,39	52,26	55,39	66,26	66,11	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,35
521	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,10	58,05	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
522	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,10	58,05	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,25
523	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,60	65,45	69,38	81,66	81,59	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,27
524	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,60	65,45	69,38	81,66	81,59	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,55
525	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	44,53	51,96	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,66
526	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	44,53	51,96	30,50	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	30,61
527	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	67,02	77,81	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
528	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	67,02	77,81	61,00	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	35,11
529	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
530	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	23,04
531	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2024-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	49,95	36,60	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,55
532	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	49,95	36,60	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	24,33
533	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	2024-10-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	20,85	26,28	18,30	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,18
534	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	20,85	26,28	18,30	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	13,47
535	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2024-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	81,42	93,30	73,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	26,50
536	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	81,42	93,30	73,20	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	42,06
537	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	2024-10-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	49,95	36,60	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,55
538	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	49,95	36,60	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	24,33
539	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
540	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	23,04
541	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
542	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	23,04
543	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2022-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	42,00	45,36	48,08	58,22	58,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,37
544	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2022-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	42,00	45,36	48,08	58,22	58,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,37
545	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	61,00	65,88	69,83	82,11	81,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,72
546	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	61,00	65,88	69,83	82,11	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,00
547	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2023-01-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	335,00	361,80	383,51	407,01	407,01	<1>Indukcja remisji u dorosłych pacjentów z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające	<1>postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi; <2>indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające; indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna z zajęciem jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
548	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2023-01-01/<2>2023-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	335,00	361,80	383,51	407,01	407,01	<2>Indukcja remisji u pacjentów z aktywnym mikroskopowym zapaleniem jelita grubego		30%	122,10
549	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid	305,00	329,40	349,16	371,71	371,71	Choroba Leśniowskiego-Crohna	postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi	ryczałt	3,56
550	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	2024-10-01	2 lata	11.2, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - w eozynofilowym zapaleniu przełyku	1523,33	1645,20	1743,91	1796,54	1796,54	Leczenie eozynofilowego zapalenia przełyku (ang. eosinophilic esophagitis, EoE) u pacjentów uprzednio leczonych inhibitorami pompy protonowej (IPP) – leczenie indukcyjne, do 12 tygodni (warunkiem wdrożenia leczenia jest udokumentowanie wykonania badania endoskopowego z pobraniem do oceny histopatologicznej co najmniej 6 wycinków błony śluzowej z proksymalnej i dystalnej części przełyku, z potwierdzeniem EoE poprzez obecność równej lub większej od 15 liczby eozynofilii w dużym powiększeniu)		ryczałt	4,80
551	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2022-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,11	66,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
552	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2022-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,11	66,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
553	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,05	58,05	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
554	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,05	58,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
555	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2024-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,59	81,59	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
556	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2024-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,59	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,48
557	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,05	58,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
558	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,05	58,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
559	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	2024-10-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,48	65,32	69,24	81,52	81,52	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
560	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	2024-10-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,48	65,32	69,24	81,52	81,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,46
561	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615	2022-03-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,35	52,22	55,35	66,22	66,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,31
562	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615	2022-03-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,35	52,22	55,35	66,22	66,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,31
563	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714	2022-03-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,10	58,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
564	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714	2022-03-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,10	58,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,25
565	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2022-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	80,91	80,91	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
566	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2022-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	80,91	80,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,27
567	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	80,91	80,91	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
568	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	80,91	80,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,27
569	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813	2022-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,59	81,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
570	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813	2022-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,59	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,48
571	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	41,20	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,90
572	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	41,20	30,50	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	19,85
573	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	41,20	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
574	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	41,20	30,50	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	19,85
575	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	44,00	47,52	50,37	59,90	46,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,11
576	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	84,00	90,72	96,16	109,69	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,90
577	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047	2022-05-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,00	91,80	97,31	110,84	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,05
578	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,95	107,95	114,43	127,96	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,17
579	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	87,12	94,09	99,74	113,27	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,48
580	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	94,05	101,57	107,67	121,20	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,41
581	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963	2023-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,23	92,05	97,57	111,10	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,31
582	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	41,99	45,35	48,07	57,60	46,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
583	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	83,99	90,71	96,15	109,68	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,89
584	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	84,99	91,79	97,30	110,83	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,04
585	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	100,02	108,02	114,50	128,03	93,99	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	62,24
586	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,50	107,46	113,91	127,44	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,65
587	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	99,50	107,46	113,91	127,44	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,65
588	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,05	61,61	65,31	75,20	53,96	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,44
589	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt.	05909991235635	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,32	41,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,16
590	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt.	05909991235635	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,32	41,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
591	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt.	05909991235642	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,32	41,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,16
592	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt.	05909991235642	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,32	41,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
593	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	46,71	56,73	54,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,99
594	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	46,71	56,73	54,94	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,79
595	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	70,05	82,41	82,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
596	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	70,05	82,41	82,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
597	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	93,42	107,44	107,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
598	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	93,42	107,44	107,44	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
599	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	42,95	46,39	49,17	59,19	54,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,45
600	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	42,95	46,39	49,17	59,19	54,94	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,25
601	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	63,42	68,49	72,61	84,97	82,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76
602	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	63,42	68,49	72,61	84,97	82,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,56
603	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	83,90	90,61	96,04	110,06	109,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,38
604	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	83,90	90,61	96,04	110,06	109,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,18
605	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538	2022-07-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	18,45	19,93	21,12	27,64	27,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,29
606	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450	2022-03-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	18,48	19,96	21,16	27,68	27,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
607	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	2022-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	25,00	27,00	28,62	35,14	27,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,76
608	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	2022-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	14,00	15,12	16,03	20,03	13,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,34
609	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2022-11-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	170,00	183,60	194,62	212,92	212,92	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
610	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,68	40,69	43,14	52,80	52,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,84
611	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	75,37	81,40	86,28	99,94	99,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,98
612	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	48,94	52,86	56,03	65,69	52,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,73
613	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	97,88	105,71	112,05	125,71	105,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,79
614	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	43,74	47,24	50,07	59,73	52,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,77
615	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080	2022-05-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,45	40,45	42,88	52,54	52,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,76
616	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097	2022-05-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	74,90	80,89	85,74	99,40	99,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,82
617	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	134,38	145,13	153,84	167,50	105,60	Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych		30%	93,58
618	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	75,37	81,40	86,28	99,94	99,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
619	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	87,50	94,50	100,17	113,83	105,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,91
620	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0.25 µg	90 szt.	05907464420816	2023-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcytriol	36,00	38,88	41,21	50,68	47,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,12
621	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0.5 µg	90 szt.	05907464420823	2023-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcytriol	72,00	77,76	82,43	95,90	95,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,77
622	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991096106	2024-04-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	125,40	135,43	143,55	160,08	160,08	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%	48,02
623	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,70	29,92	31,71	39,87	39,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,96
624	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,71	41,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,51
625	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,99	32,39	34,33	42,84	42,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,85
626	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,95	15,07	15,97	21,33	21,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,40
627	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,98	15,10	16,01	21,37	21,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
628	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,98	15,10	16,01	21,37	21,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
629	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,99
630	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	16,60	22,25	22,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,68
631	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,90	30,13	31,94	40,10	40,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
632	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	40,17	40,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05
633	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	40,17	40,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05
634	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	41,21	49,37	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,41
635	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,71	41,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,51
636	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,90	30,13	31,94	40,10	40,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
637	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	40,17	40,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05
638	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	40,17	40,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
639	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	41,21	49,37	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,41
640	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,60	31,97	33,89	42,40	42,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,72
641	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,90	32,29	34,23	42,74	42,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,82
642	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,46	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,97
643	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,99
644	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,51	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,53
645	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,24	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,75
646	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,26	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,28
647	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	22,60	22,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,78
648	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,60	31,97	33,89	42,40	42,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,72
649	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,50	31,86	33,77	42,28	42,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
650	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,50	31,86	33,77	42,28	42,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,68
651	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,61	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,12
652	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	7,99	8,53	11,89	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,87
653	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,75	15,93	16,89	22,54	22,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,76
654	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,70	21,28	22,55	27,91	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,93
655	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,85	10,64	11,28	14,44	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,95
656	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,59	21,40	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,61
657	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,59	21,40	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,61
658	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,77	10,70	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
659	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	27,87	33,52	22,93	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,72
660	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	83,57	94,08	68,79	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	41,34
661	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	27,87	33,52	22,93	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,72
662	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	83,57	94,08	68,79	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	41,34
663	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	13,94	17,30	11,46	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,35
664	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	41,79	49,01	34,39	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,45
665	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	13,94	17,30	11,46	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,35
666	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	41,79	49,01	34,39	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
667	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	17,88	23,24	21,40	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,26
668	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	17,88	23,24	21,40	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,26
669	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,81	8,43	8,97	12,13	10,70	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,64
670	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,10	16,31	17,29	22,94	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,89
671	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,71	41,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
672	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,71	41,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
673	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,77	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,79
674	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	41,21	49,37	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,41
675	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	10,70	13,86	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
676	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,99
677	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,34	29,53	31,30	39,46	39,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
678	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	33,54	42,05	42,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,62
679	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,34	29,53	31,30	39,46	39,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
680	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	33,54	42,05	42,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,62
681	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,60	37,37	39,61	48,12	45,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
682	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,99
683	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,41	33,92	35,95	44,11	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,15
684	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,46	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,97
685	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	40,82	43,28	51,44	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,48
686	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	40,82	43,28	51,44	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
687	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	26,99	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,01
688	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	21,43	26,79	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,81
689	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,71	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,75
690	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,71	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,75
691	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,46	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,97
692	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,90	17,17	18,20	23,56	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,58
693	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,71	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,75
694	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,71	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,75
695	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,99	21,59	22,89	28,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,27
696	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	44,87	53,03	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,07
697	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	56,00	60,48	64,11	74,27	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
698	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	44,87	53,03	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,07
699	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	44,87	53,03	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,07
700	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	9,88	10,48	13,64	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,15
701	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,60	21,17	22,44	27,80	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,82
702	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	39,01	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,54
703	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,71	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,58
704	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,71	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,86
705	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,71	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,91
706	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,71	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
707	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	15,11	16,02	19,29	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,04
708	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	15,11	16,02	19,29	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	7,16
709	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,79	18,13	19,22	23,08	13,61	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym 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	11,40
710	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,79	18,13	19,22	23,08	13,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,52
711	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	27,98	30,22	32,03	37,56	22,68	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	16,27
712	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	27,98	30,22	32,03	37,56	22,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	13,39
713	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,94	11,82	12,53	17,01	17,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
714	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,94	11,82	12,53	17,01	17,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
715	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,88	23,63	25,05	32,16	32,16	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
716	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,88	23,63	25,05	32,16	32,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
717	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,61	8,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,25
718	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2022-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,61	8,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,05
719	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	21,39	21,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
720	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2022-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	21,39	21,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
721	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	13,57	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,43
722	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	13,57	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
723	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,29	13,61	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,88
724	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,29	13,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,68
725	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909991337056	2023-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	189,80	204,98	217,29	236,22	236,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
726	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	2023-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	189,80	204,98	217,29	236,22	236,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
727	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909991337230	2023-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	189,80	204,98	217,29	236,22	236,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
728	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990570430	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,10	7,67	8,21	9,64	4,34	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,60
729	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,55	10,31	10,93	13,44	8,67	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,37
730	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990570454	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,78	6,24	6,78	7,67	2,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,15
731	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990074099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	9,39	9,95	11,38	4,34	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,51
732	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,99	11,87	12,58	15,09	8,67	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
733	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6.25 mg	30 szt.	05909990074051	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,12	2,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,94
734	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990727148	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,55	8,15	8,69	10,12	4,34	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,08
735	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,90	10,69	11,33	13,84	8,67	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,77
736	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990727100	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,75	6,21	6,75	7,64	2,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,12
737	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909991017019	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,70	9,40	9,96	11,39	4,34	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,35
738	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	15,10	8,67	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,03
739	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909991016814	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,68	7,21	7,75	8,37	1,08	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,61
740	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909991016913	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,12	2,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,60
741	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990983315	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,14	6,63	7,17	8,06	2,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,54
742	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990216505	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,12	8,77	9,31	10,74	4,34	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,70
743	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	11,45	13,96	8,67	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
744	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909990216604	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,25	6,75	7,29	7,91	1,08	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,15
745	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,70	9,40	9,96	11,39	4,34	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,35
746	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,40	18,79	19,92	22,43	8,67	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	16,36
747	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	15,10	8,67	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,03
748	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	22,00	23,76	25,19	29,62	17,34	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	17,48
749	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,00	6,48	7,02	7,91	2,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,39
750	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,00	12,96	13,74	15,17	4,34	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	12,13
751	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,50	15,66	16,60	21,04	15,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,30
752	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	26,66	20,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,34
753	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	33,20	40,26	30,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,77
754	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	34,30	37,04	39,27	47,57	41,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
755	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	36,00	38,88	41,21	50,13	46,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,90
756	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	43,00	46,44	49,23	59,53	59,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,77
757	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,78	19,20	20,36	24,50	13,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,65
758	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,70	25,60	27,13	32,20	18,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,06
759	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,18	35,83	37,98	44,46	25,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,66
760	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,55	38,39	40,69	47,39	27,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,68
761	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	12,14	13,11	13,90	18,73	18,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,43
762	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	3,90	4,21	4,75	5,91	3,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,92
763	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	5,78	6,24	6,78	8,75	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,07
764	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	6,60	7,13	7,67	10,45	9,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,19
765	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,49	24,29	25,75	30,82	18,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
766	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,79	31,09	32,96	39,44	25,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,98
767	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,44	32,88	34,85	42,66	36,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,94
768	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,79	40,81	43,26	52,78	51,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,47
769	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,80	13,82	14,66	19,73	18,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,59
770	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	26,97	25,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,17
771	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,21	26,15	27,71	35,52	35,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,76
772	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,66	38,51	40,82	50,34	50,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,17
773	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991312831	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,89	24,72	26,20	34,01	34,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,01
774	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991312855	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,05	34,61	36,69	46,21	46,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,11
775	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	28,60	36,90	36,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,45
776	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,38	14,45	15,31	20,79	20,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
777	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,55	12,47	13,22	18,29	18,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,15
778	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	19,58	26,06	25,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,26
779	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,20	25,06	26,56	34,37	34,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,19
780	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	49,96	53,96	57,20	69,15	69,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,58
781	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	28,60	36,90	36,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,45
782	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,45	24,25	25,70	33,51	33,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,76
783	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,60	38,45	40,76	50,28	50,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,14
784	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416	2022-05-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	46,00	49,68	52,66	63,96	63,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,98
785	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991231194	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,29	35,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,65
786	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991231217	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,60	36,29	38,47	47,99	47,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,00
787	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,48	14,56	15,43	20,50	18,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
788	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,30	18,68	19,81	26,29	25,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,49
789	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991265328	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,28	26,22	27,80	35,61	35,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,81
790	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,90	29,05	30,79	38,60	36,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,32
791	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	2024-10-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,80	37,58	39,84	49,36	49,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,68
792	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,00	14,04	14,88	19,95	18,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,81
793	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,20	19,66	20,83	27,31	25,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,51
794	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	37,57	36,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,29
795	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,19	51,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,60
796	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991526108	2024-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,70	39,64	42,01	52,12	52,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,06
797	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991471637	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,80	39,74	42,13	52,24	52,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,12
798	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991526115	2024-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,35	19,82	21,01	27,93	27,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
799	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991471620	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,40	19,87	21,06	27,98	27,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,99
800	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	11,43	12,11	15,06	9,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,49
801	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,80	28,94	30,68	38,98	38,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,49
802	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,40	14,47	15,34	20,82	20,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,50
803	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	20,52	18,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,38
804	Cefuroximum	Zinnat, granulat 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	28,83	31,14	33,00	41,30	41,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,65
805	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,96	24,80	26,29	34,10	34,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,05
806	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,45	25,33	26,85	34,66	34,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,33
807	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	34,71	34,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,36
808	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,29	35,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,65
809	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	37,57	36,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
810	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,90	34,45	36,51	46,03	46,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,02
811	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	34,72	36,81	46,33	46,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,17
812	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,19	51,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,60
813	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	14,74	19,81	18,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,67
814	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,28	27,30	28,94	36,75	36,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,47
815	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2023-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,25	36,99	39,21	48,73	48,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,37
816	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991458997	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	469,37	495,23	495,23	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
817	Cenobamate	Ontozry, tabl; tabl. powl., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powl. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	469,37	495,23	495,23	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
818	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909991459062	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	469,37	495,23	495,23	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
819	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909991459093	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	469,37	495,23	495,23	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
820	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991458966	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	469,37	495,23	495,23	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
821	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,76	8,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,13
822	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,28	10,02	10,63	14,54	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,61
823	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	11,45	15,36	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,94
824	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,35	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,34
825	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,29	6,79	7,33	10,56	10,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	2,85
826	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	12,71	18,18	18,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,90
827	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,24	9,98	10,57	13,80	11,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
828	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,95	19,39	20,55	26,97	26,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,32
829	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,57	7,10	7,64	10,38	8,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,10
830	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,68	8,29	8,83	11,34	8,40	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%	5,46
831	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,90	11,77	12,47	17,94	17,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,38
832	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991457020	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,48	12,40	13,14	18,61	18,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,58
833	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,50	12,42	13,17	18,64	18,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,59
834	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990184637	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	12,71	16,62	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,20
835	Cetrorelixum	Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	05909990488926	2024-07-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	79,40	85,75	90,89	104,42	97,10	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	55,87
836	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2022-11-01	3 lata	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	68,00	73,44	77,85	90,99	90,99	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
837	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	192.0, Leki przeciwmalaryczne - chlorochina	13,15	14,20	15,06	20,18	20,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfiria skórna późna	30%	6,05
838	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,86	6,24	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	6,82
839	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,86	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,49
840	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,81	20,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
841	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,81	20,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,24
842	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	8,16	8,70	10,68	6,24	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	7,64
843	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	8,16	8,70	10,68	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31
844	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	16,21	17,18	22,42	20,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	4,81
845	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	16,21	17,18	22,42	20,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
846	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	2023-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	114,00	123,12	130,51	146,39	146,39	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,80
847	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	2023-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	72,75	78,57	83,29	95,17	73,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	28,37
848	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,44	271,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
849	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,57	67,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,80
850	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	135,93	135,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
851	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,44	271,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
852	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,49	268,37	284,47	305,50	305,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
853	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,50	268,38	284,48	305,51	305,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
854	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	256,50	277,02	293,64	314,67	314,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
855	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,57	67,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,80
856	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	135,93	135,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
857	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	2024-10-01	3 miesiące	257.0, Cyklosporyna	322,00	347,76	368,63	391,72	391,72	Ciężkie zapalenie rogówki u dorosłych pacjentów z zespołem suchego oka, u których nie nastąpiła poprawa pomimo stosowania preparatów sztucznych łez		30%	117,52
858	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,26	46,72	49,53	57,22	32,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	27,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
859	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	226,86	245,01	259,71	279,29	271,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	10,63
860	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	284,54	307,30	325,74	346,77	314,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	35,30
861	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,66	61,19	64,86	76,24	67,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	11,47
862	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,13	122,18	129,51	144,89	135,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,16

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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
863	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990678648	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,13	7,70	8,24	9,18	2,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,18
864	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 2.5 mg	28 szt.	05909990678655	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,05	11,93	12,65	14,38	5,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,08
865	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990678679	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,92	19,35	20,52	23,63	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,60
866	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	11,82	2,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,64
867	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990066780	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	16,49	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,42
868	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,39	22,02	23,34	26,65	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,13
869	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,22	18,60	19,71	24,66	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,36
870	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990499113	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,00	7,56	8,10	11,42	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,71
871	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,96	5,36	5,90	7,73	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,78
872	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,25	7,83	8,37	11,69	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,85
873	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,99	5,39	5,93	7,76	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,33
874	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,35	7,94	8,48	11,80	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
875	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990729012	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,50	8,10	8,64	11,96	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,06
876	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991033514	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,50	4,86	5,40	7,23	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,28
877	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991033613	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,20	7,78	8,32	11,64	11,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,82
878	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,55	14,63	15,51	19,44	13,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,68
879	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990781010	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	20,61	27,05	27,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,53
880	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546	2024-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	49,54	49,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,77
881	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	19,38	13,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,62
882	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990045532	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,25	18,63	19,75	26,19	26,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,10
883	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990045549	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,80	26,78	28,39	36,16	36,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,08
884	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,53	28,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,27
885	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,28	12,18	12,92	17,93	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
886	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,00	41,04	43,50	53,72	53,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,86
887	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,80	24,62	26,10	33,84	33,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,92
888	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,20	28,30	29,99	37,00	29,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,26
889	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,98	19,42	20,58	25,59	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,75
890	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990331819	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,00	11,88	12,59	15,52	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,69
891	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990331826	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,40	16,63	17,63	21,56	13,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,80
892	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	42,58	45,99	48,74	58,96	58,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,48
893	Clarithromycinum	Klacid, granulat 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	32,96	35,60	37,74	45,48	35,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,79
894	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990719419	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	41,70	27,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,18
895	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117	2024-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	29,34	27,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,24
896	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,95	25,87	27,42	33,86	27,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
897	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt.	05909991001438	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,48	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,13
898	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991001520	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,12	22,81	24,18	31,14	31,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,62
899	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	30,30	32,12	40,29	40,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,15
900	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt.	05909991001544	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,80	57,02	60,45	71,82	71,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	35,91
901	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,05	22,73	24,09	31,05	31,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,53
902	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,04	7,60	8,14	11,30	10,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,13
903	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,48	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,13
904	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,35	6,86	7,40	9,16	5,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,57
905	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	2022-05-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	13,74	19,11	19,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,56
906	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	2022-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	23,00	24,84	26,33	33,63	33,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
907	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909997013800	2022-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,87	12,82	13,59	18,20	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,87
908	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909997196497	2022-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,88	12,83	13,60	18,21	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
909	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909990369928	2022-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	15,40	16,63	17,63	22,24	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,91
910	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,40	6,91	7,45	9,07	4,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,25
911	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,10	10,91	11,57	15,11	12,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,06
912	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	15,90	17,17	18,20	24,10	24,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
913	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0.5 mg	30 szt.	05909990135615	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	13,80	14,90	15,80	18,92	9,92	Padaczka		ryczałt	10,37
914	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	27,60	29,81	31,60	39,69	39,69	Padaczka		ryczałt	2,72
915	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,46	3,74	4,28	9,41	9,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,82
916	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991448318	2024-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	13,50	14,58	15,45	21,80	21,80	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,54
917	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2022-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	13,98	15,10	16,01	22,36	22,36	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
918	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2023-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,00	15,12	16,03	22,38	22,38	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,71
919	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990754748	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	16,99	18,35	19,45	25,80	25,80	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,74
920	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011	2024-04-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	24,88	26,87	28,48	34,83	26,33	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%	14,76
921	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990625826	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	17,45	18,85	19,98	26,33	26,33	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
922	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991492205	2023-11-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	16,95	18,31	19,41	25,76	25,76	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		30%	7,73
923	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990768141	2024-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	13,45	14,53	15,40	21,75	21,75	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%	6,53
924	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991029388	2024-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,90	16,09	17,05	23,40	23,40	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,02
925	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990727667	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,50	15,66	16,60	22,95	22,95	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%	6,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
926	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990793730	2022-03-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,50	15,66	16,60	22,95	22,95	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%	6,89
927	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	18,10	19,55	20,73	27,08	26,33	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,65
928	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05901878600475	2024-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	13,00	14,04	14,88	21,23	21,23	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,37
929	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2023-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	13,10	14,15	15,00	21,35	21,35	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%	6,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
930	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,00	16,20	17,17	23,52	23,52	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,06
931	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715	2024-04-01	3 lata	89.6, Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina	28,00	30,24	32,05	40,21	40,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,10
932	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736	2022-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	47,93	42,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,80
933	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	2024-04-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,92	19,35	20,52	25,63	21,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,56
934	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	2024-04-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,48	4,84	5,38	7,04	5,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,77
935	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	2022-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	24,84	26,33	31,44	21,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,37
936	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	2022-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,50	7,02	7,56	9,22	5,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,95
937	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443	2022-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,48	18,88	20,01	25,12	21,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
938	Clozapinum	Symcloza, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991373467	2022-05-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,96	37,76	40,02	47,88	42,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,75
939	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382	2022-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,37	4,72	5,26	6,92	5,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,65
940	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	18.2, Witamina D i jej metabolity - colekalcyferol i kalcyfediol	6,00	6,48	7,02	9,83	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka	ryczałt	3,20
941	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	330,00	356,40	377,78	401,12	401,12	Mukowiscydoza	<1>pierwotna dyskineza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	2,72
942	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g	20 g	05909990015412	2022-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	39,95	43,15	45,74	55,66	55,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,83
943	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077	2024-07-01	2 lata	241.0, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - konestat alfa	3417,00	3690,36	3852,36	3947,16	3947,16	Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci (od 2 roku życia), młodzieży oraz dorosłych chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
944	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077482	2023-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1145,81	1237,47	1311,72	1360,36	1360,36	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
945	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077499	2023-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1145,81	1237,47	1311,72	1360,36	1360,36	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
946	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	2024-04-01	3 lata	26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina	8,10	8,75	9,29	12,89	12,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
947	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-05-01/<2>2022-07-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	76,70	89,72	89,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne; amyloidoza; <2>zespół hemofagocytowy; zespół POEMS; małopłytkowość oporna na leczenie kortykosteroidami; anemia hemolityczna oporna na leczenie kortykosteroidami; <3>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc	ryczałt	3,20
948	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2022-03-01	3 lata	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	76,70	89,72	89,72	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
949	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	27,43	29,62	31,41	39,47	36,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	13,79
950	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	68,57	74,06	78,49	91,69	91,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	27,51
951	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909991039486	2024-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,30	7,88	8,42	10,77	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,45
952	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990222216	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	8,00	8,64	9,18	11,53	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,21
953	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt.	05909990222230	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	24,00	25,92	27,48	33,12	22,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,15
954	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Efluelda Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,7 ml z igłą	05909991435875	2024-10-01	2 lata	247.2, Szczepionki przeciw grypie - wysokodawkowe	128,11	138,36	146,66	163,34	163,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	81,67
955	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108	2023-11-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	38,00	41,04	43,50	53,20	53,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		50%	26,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
956	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,15	35,80	37,95	44,37	25,89	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	21,68
957	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,15	35,80	37,95	44,37	25,89	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	26,25
958	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	40,00	43,20	45,79	55,23	51,79	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	6,64
959	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	40,00	43,20	45,79	55,23	51,79	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	18,98
960	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	03838989761806	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	45,20	48,82	51,74	59,27	35,31	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%	34,55
961	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	03838989761851	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	50,00	54,00	57,24	68,16	68,16	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%	20,45
962	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,14	35,79	37,94	44,36	25,89	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	21,67
963	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,14	35,79	37,94	44,36	25,89	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	26,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
964	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909991507787	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	45,19	48,81	51,73	59,26	35,31	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%	34,54
965	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	2023-03-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	106,50	115,02	121,92	128,34	25,89	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%	110,22
966	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	2023-03-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	106,50	115,02	121,92	129,45	35,31	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%	104,73
967	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	2023-11-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,22	35,88	38,03	44,45	25,89	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	21,76
968	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	2023-11-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,22	35,88	38,03	44,45	25,89	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	26,33
969	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306	2023-11-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	271,80	293,54	311,16	328,71	211,85	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%	180,42
970	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283	2023-11-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	45,30	48,92	51,86	59,39	35,31	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%	34,67
971	Danazolum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol	190,00	205,20	217,51	236,44	236,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
972	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990975884	2024-01-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	125,40	135,43	143,55	160,08	160,08	<1>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, - nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z LVEF≤50% oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: -pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF ≤40%) lub - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF 41-50%); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR <60 ml/min/1.73m2, albuminurią lub białkomoczem oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwskazaniami do tych terapii.		30%	48,02
973	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869	2022-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów	1385,45	1496,29	1586,07	1635,54	1635,54	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	9,48
974	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852	2022-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów	461,77	498,71	528,64	556,13	556,13	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
975	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	2023-05-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	525,14	567,15	601,18	630,66	630,66	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	189,20
976	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,48	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,06
977	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,34	31,69	33,59	41,55	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,29
978	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364	2022-07-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,62	9,31	9,87	13,68	13,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,27
979	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2022-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,93	9,64	10,23	14,14	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,72
980	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2023-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,45	27,49	29,14	37,10	37,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,13
981	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	2024-07-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,20	13,18	13,96	18,40	16,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,98
982	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,48	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
983	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991359454	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,00	7,56	8,10	12,01	12,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,60
984	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	08901175035427	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,38	15,53	16,46	22,88	22,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,86
985	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991359478	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,55	23,27	24,67	32,63	32,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,79
986	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml	05909990975921	2022-01-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,79	11,65	12,36	16,80	16,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,04
987	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	2022-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,95	9,67	10,25	14,16	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,74
988	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	25,31	25,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,59
989	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	2024-04-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	20,47	16,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,71
990	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2.5 mg	30 szt.	05909990981359	2024-04-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,53	7,05	7,59	9,73	6,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02
991	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	2024-04-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,05	14,09	14,94	18,85	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,43
992	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991499785	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	19,46	25,88	25,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,76
993	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991480172	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,15	18,52	19,63	26,05	26,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
994	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	26,91	26,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,07
995	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991499792	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	37,15	37,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,15
996	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991480189	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,70	27,76	29,42	37,38	37,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,21
997	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540	2023-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,75	27,81	29,48	37,44	37,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,23
998	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	167,14	184,69	184,69	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
999	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	167,14	184,69	184,69	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	55,41
1000	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	348,84	370,98	369,38	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	8,00
1001	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	348,84	370,98	369,38	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	112,41
1002	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	83,57	97,10	92,35	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	7,95
1003	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	83,57	97,10	92,35	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	32,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1004	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	21,50	23,22	24,61	31,98	31,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1005	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	43,00	46,44	49,23	59,94	59,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,69
1006	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	231,80	250,34	265,37	285,68	285,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44
1007	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	92,90	100,33	106,35	121,06	121,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,38
1008	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	233,92	252,63	267,80	288,11	288,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44
1009	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,78	50,52	53,56	64,27	64,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,69
1010	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	464,96	502,16	532,29	559,97	559,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	56,89
1011	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	93,57	101,06	107,11	121,82	121,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,38
1012	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	15,60	16,85	17,86	22,56	16,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,72
1013	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	233,94	252,66	267,82	288,13	288,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	25,60
1014	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,79	50,53	53,57	64,28	64,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1015	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	7,80	8,42	8,96	11,65	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,14
1016	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	93,58	101,07	107,13	121,84	121,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
1017	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	19,37	20,92	22,17	26,84	16,97	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,76
1018	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	23,23	25,09	26,59	33,93	33,93	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	2,88
1019	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	05909990145317	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	6,95	7,51	8,05	11,21	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,71
1020	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,70	16,96	17,97	23,43	23,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,93
1021	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,16
1022	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	10 amp.po 3 ml	05909990753024	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	10,60	11,45	12,14	16,62	16,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,31
1023	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	5 amp.po 3 ml	05909990753017	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,30	5,72	6,26	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,40
1024	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml (but.)	05909990074044	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	14,00	15,12	16,03	21,39	21,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1025	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	15,37	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
1026	Diclofenacum natricum	Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909991026516	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	7,90	8,53	9,07	12,23	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,73
1027	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	10,99	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,29
1028	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,30	5,72	6,26	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,40
1029	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	15,37	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
1030	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	8,60	9,29	9,85	12,39	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,99
1031	Dienogest	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2023-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,70	32,08	34,00	42,11	36,42	Endometrioza		ryczałt	8,89
1032	Dienogestum	Aridya, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991430702	2024-07-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	26,50	28,62	30,34	38,45	36,42	Endometrioza		ryczałt	5,23
1033	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991473341	2023-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,75	27,81	29,48	37,59	36,42	Endometrioza		ryczałt	4,37
1034	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991487270	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,80	27,86	29,54	37,65	36,42	Endometrioza		ryczałt	4,43
1035	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,70	29,92	31,71	39,82	36,42	Endometrioza		ryczałt	6,60
1036	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	83,10	89,75	95,14	109,25	109,25	Endometrioza		ryczałt	8,96
1037	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,69	32,07	33,99	42,10	36,42	Endometrioza		ryczałt	8,88
1038	Dienogestum	Symdieno, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991392871	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,50	29,70	31,48	39,59	36,42	Endometrioza		ryczałt	6,37
1039	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	47,40	51,19	54,26	62,37	36,42	Endometrioza		ryczałt	29,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1040	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,90	27,97	29,65	37,76	36,42	Endometrioza		ryczałt	4,54
1041	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	35,72	44,43	44,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,33
1042	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	35,72	44,43	44,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1043	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	54,58	65,29	65,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,59
1044	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	54,58	65,29	65,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1045	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt.	05909990482917	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,40	7,99	8,53	11,87	11,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1046	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 szt.	05909990483310	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	10,99	11,87	12,58	17,13	17,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1047	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909990213214	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	6,50	7,02	7,56	10,15	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,45
1048	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,10	183,71	194,73	213,03	208,60	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,63
1049	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,10	183,71	194,73	213,03	208,60	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,63
1050	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	255,00	275,40	291,92	312,90	312,90	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1051	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,35	33,86	35,89	43,79	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	15,32
1052	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	53,75	58,05	61,54	72,96	72,96	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	19,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1053	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	80,62	87,07	92,30	106,20	106,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	28,67
1054	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,86	19,29	20,44	25,58	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,98
1055	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991464141	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	25,95	28,03	29,71	37,61	37,61	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,28
1056	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,20	29,38	31,14	39,04	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,27
1057	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,60	14,69	15,57	20,71	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,33
1058	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,30	30,56	32,40	40,63	40,63	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,19
1059	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,00	28,08	29,76	37,66	37,66	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,30
1060	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,93	16,12	17,10	22,24	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,86
1061	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,75	23,49	24,90	32,80	32,80	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1062	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	12,90	13,93	14,76	19,90	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,52
1063	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990657360	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,50	28,62	30,34	38,24	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,47
1064	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990657353	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,75	14,85	15,75	20,89	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,51
1065	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	22,90	24,73	26,21	34,11	34,11	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,23
1066	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,70	12,64	13,39	18,53	18,53	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,56
1067	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,18	30,43	32,26	40,16	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,39
1068	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,84	21,43	22,71	27,85	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	14,47
1069	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,50	29,70	31,48	39,38	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,61
1070	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,76	19,18	20,34	25,48	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1071	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,50	29,70	31,48	39,38	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,61
1072	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,76	19,18	20,34	25,48	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,10
1073	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	05909990375813	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	205.2, Leki mukolityczne - dornaza alfa	2089,00	2256,12	2391,49	2457,07	2457,07	Mukowiscydoza	pierwotna dyskineza rzęsek	ryczałt	3,20
1074	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,23	14,29	15,14	19,86	16,00	Jaskra		ryczałt	7,06
1075	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	45,48	54,87	48,00	Jaskra		ryczałt	12,20
1076	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	2022-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,90	17,17	18,20	22,92	16,00	Jaskra		ryczałt	10,12
1077	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,74	42,92	45,49	54,88	48,00	Jaskra		ryczałt	12,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1078	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,90	18,25	19,34	24,06	16,00	Jaskra		ryczałt	11,26
1079	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	41,00	44,28	46,94	56,33	48,00	Jaskra		ryczałt	13,66
1080	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,56	15,72	16,66	21,38	16,00	Jaskra		ryczałt	8,58
1081	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,08	14,13	14,97	19,69	16,00	Jaskra		ryczałt	6,89
1082	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,25	42,39	44,94	54,33	48,00	Jaskra		ryczałt	11,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1083	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,70	24,52	25,98	32,36	24,00	Jaskra		ryczałt	11,56
1084	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,58	18,99	20,12	26,50	24,00	Jaskra		ryczałt	5,70
1085	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,74	56,96	60,37	71,78	71,78	Jaskra		ryczałt	8,00
1086	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,42	24,00	Jaskra		ryczałt	9,62
1087	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	2022-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,92	57,15	60,59	72,00	72,00	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1088	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144	2022-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,49	18,89	20,02	26,40	24,00	Jaskra		ryczałt	5,60
1089	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,50	23,22	24,61	30,99	24,00	Jaskra		ryczałt	10,19
1090	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,92	57,15	60,59	72,00	72,00	Jaskra		ryczałt	8,00
1091	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,49	18,89	20,02	26,40	24,00	Jaskra		ryczałt	5,60
1092	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,47	56,67	60,07	71,48	71,48	Jaskra		ryczałt	8,00
1093	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	4,57	4,94	5,48	8,33	8,33	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1094	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,57	4,94	5,48	8,33	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,50
1095	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	9,15	9,88	10,48	15,40	15,40	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1096	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,15	9,88	10,48	15,40	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,62
1097	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	5,20	5,62	6,16	9,01	9,01	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1098	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,20	5,62	6,16	9,01	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,70
1099	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,40	11,23	11,90	16,82	16,82	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1100	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,40	11,23	11,90	16,82	16,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	5,05
1101	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	35,72	45,36	45,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1102	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	35,72	45,36	45,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1103	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,74	10,52	11,15	12,75	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,15
1104	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,74	10,52	11,15	12,75	4,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,39
1105	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	14,88	17,73	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,32
1106	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	14,88	17,73	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,00
1107	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	21,98	26,90	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,89
1108	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	21,98	26,90	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,45
1109	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	38,23	45,87	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,85
1110	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	38,23	45,87	38,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	18,98
1111	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	20,61	25,53	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1112	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	20,61	25,53	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	12,08
1113	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,66	41,75	44,26	51,90	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,88
1114	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,66	41,75	44,26	51,90	38,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	25,01
1115	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	11,66	12,37	13,97	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,37
1116	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	11,66	12,37	13,97	4,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,61
1117	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,62	14,71	15,60	18,45	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,04
1118	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,62	14,71	15,60	18,45	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,72
1119	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,20	18,58	19,69	24,61	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,60
1120	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,20	18,58	19,69	24,61	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1121	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	11,44	13,04	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,30
1122	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	11,44	13,04	4,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	8,71
1123	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	16,05	18,90	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,24
1124	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	16,05	18,90	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,95
1125	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	60,67	71,74	71,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,52
1126	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	60,67	71,74	71,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,37
1127	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,53	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,77
1128	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,53	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,07
1129	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,53	17,85	18,92	23,84	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1130	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,53	17,85	18,92	23,84	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,39
1131	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,09	57,34	60,78	70,42	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,39
1132	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,09	57,34	60,78	70,42	57,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	30,08
1133	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,16	9,89	10,49	15,41	15,41	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1134	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,16	9,89	10,49	15,41	15,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,62
1135	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,89	13,92	14,75	17,60	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,19
1136	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,89	13,92	14,75	17,60	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,87
1137	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,40	20,95	22,20	27,12	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,11
1138	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,40	20,95	22,20	27,12	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1139	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,63	17,96	19,04	23,96	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,95
1140	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,63	17,96	19,04	23,96	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,51
1141	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,90	53,89	57,12	66,76	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,73
1142	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,90	53,89	57,12	66,76	57,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,42
1143	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,75	13,77	14,60	17,45	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,04
1144	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,75	13,77	14,60	17,45	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,72
1145	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,30	18,68	19,81	24,73	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,72
1146	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,30	18,68	19,81	24,73	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,28
1147	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,30	18,68	19,81	24,73	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1148	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,30	18,68	19,81	24,73	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,28
1149	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,92	36,63	38,84	46,48	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,46
1150	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,92	36,63	38,84	46,48	38,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,59
1151	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	11,17	12,77	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,17
1152	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	11,17	12,77	4,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,41
1153	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,90	13,93	14,76	17,61	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,20
1154	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,90	13,93	14,76	17,61	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,88
1155	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	19,05	23,97	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,96
1156	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	19,05	23,97	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1157	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	51,00	55,08	58,38	68,02	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,99
1158	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	51,00	55,08	58,38	68,02	57,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	27,68
1159	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	2024-07-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	6,70	7,24	7,78	10,85	10,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,89
1160	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	2024-04-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	8,91	9,62	10,20	13,27	10,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,07
1161	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,38	10,13	10,74	15,10	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,91
1162	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,76	20,26	21,48	28,44	28,44	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,53
1163	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,71	15,89	16,84	21,20	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,91
1164	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,68	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,27
1165	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,68	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,27
1166	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	58,94	63,66	67,48	77,64	58,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	33,18
1167	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,85	10,64	11,28	15,64	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1168	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,70	21,28	22,55	29,51	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,13
1169	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,05	10,85	11,50	16,07	15,60	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,15
1170	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,10	21,71	23,01	30,22	30,22	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,07
1171	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	15,93	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,74
1172	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	30,08	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,70
1173	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	10,88	15,24	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,05
1174	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,00	20,52	21,75	28,71	28,71	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,61
1175	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,00	20,52	21,75	28,71	28,71	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,61
1176	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,00	41,04	43,50	53,66	53,66	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	16,10
1177	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,50	11,34	12,02	16,38	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	6,19
1178	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	31,00	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1179	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,00	32,40	34,34	43,49	43,49	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	13,05
1180	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,66	20,15	21,36	28,32	28,32	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,50
1181	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	31,00	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,62
1182	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,33	40,32	42,74	52,90	52,90	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,87
1183	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,00	45,36	48,08	58,24	58,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,47
1184	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	60,00	64,80	68,69	81,77	81,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	24,53
1185	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,50	34,02	36,06	44,82	43,68	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	14,24
1186	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	89,90	97,09	102,91	118,06	118,06	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	35,42
1187	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,29	40,27	42,69	52,85	52,85	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,86
1188	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,75	10,53	11,17	15,53	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,34
1189	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,50	21,06	22,32	29,28	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1190	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	27,97	30,21	32,02	40,78	40,78	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	12,23
1191	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,55	11,39	12,07	16,43	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	6,24
1192	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,05	22,73	24,09	31,05	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,67
1193	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,10	22,79	24,16	31,12	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,74
1194	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,10	45,47	48,20	58,36	58,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,59
1195	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991328696	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,48	22,12	23,45	30,20	26,72	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,50
1196	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991456351	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,70	18,04	19,12	25,87	25,87	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,76
1197	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991460495	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	15,09	16,30	17,28	24,03	24,03	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,21
1198	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0.5 mg	90 szt.	05909991460501	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	45,27	48,89	51,83	63,98	63,98	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	19,19
1199	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	2023-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	21,00	22,68	24,04	31,00	31,00	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	9,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1200	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	2023-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	63,00	68,04	72,12	84,68	84,68	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	25,40
1201	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991138509	<1>2022-11-01/<2> <3>2024-04-01	<1>2 lata/<2> <3>1 rok	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	136,10	146,99	155,81	171,86	149,41	<1>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, - nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z LVEF≤50% oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: -pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF ≤40%) lub - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF 41-50%); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR <60 ml/min/1.73m2, albuminurią lub białkomoczem oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwskazaniami do tych terapii.		30%	67,27
1202	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,34	4,69	5,23	7,06	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,93
1203	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,53	9,21	9,76	13,07	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1204	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,03	8,67	9,21	12,52	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,42
1205	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,85	16,04	17,00	22,58	22,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,52
1206	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,69	2,91	3,45	4,54	2,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,09
1207	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,39	5,82	6,36	8,19	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1208	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	254,44	274,80	291,29	309,03	216,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	97,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1209	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	48,93	52,84	56,02	64,59	43,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	24,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1210	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	96,46	104,18	110,43	122,74	86,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	39,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1211	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	133,33	144,00	152,64	167,21	130,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	40,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1212	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	171,66	185,39	196,52	212,83	173,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	43,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1213	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	280,89	303,36	321,56	340,25	260,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	86,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1214	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	333,28	359,94	381,54	401,67	325,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	84,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1215	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	161,99	174,95	185,45	203,19	203,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1216	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	30,40	32,83	34,80	43,37	43,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1217	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	66,52	71,84	76,15	88,46	86,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1218	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	98,04	105,88	112,23	126,80	126,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1219	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	130,23	140,65	149,08	165,39	165,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1220	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	189,00	204,12	216,37	235,06	235,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1221	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	236,25	255,15	270,46	290,59	290,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,00
1222	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	53,25	57,51	60,97	71,42	62,99	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	8,43
1223	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	2022-01-01	3 lata	154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,54	3,82	4,36	6,24	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,12
1224	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,66	6,11	6,65	9,27	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,13
1225	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,32	12,23	12,96	17,55	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1226	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,63	17,96	19,04	25,25	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,82
1227	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,32	12,23	12,96	17,55	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,26
1228	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,64	24,45	25,92	33,16	33,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,58
1229	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,30	35,96	38,12	47,30	47,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,65
1230	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,95	6,43	6,97	9,59	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,45
1231	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755	2023-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	17,30	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,01
1232	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,90	12,85	13,62	18,21	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,92
1233	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762	2023-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,20	23,98	25,41	32,65	32,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,33
1234	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (blister)	05909990876280	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	6,12	6,66	9,28	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,14
1235	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	2024-10-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,53	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,24
1236	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,97	18,33	19,43	25,64	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,21
1237	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (blister)	05909990876778	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,36	12,27	13,00	17,59	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,30
1238	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	2024-10-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,60	24,41	25,88	33,12	33,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,56
1239	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,94	36,66	38,86	48,04	48,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,02
1240	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	6,53	9,15	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,01
1241	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	17,30	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1242	Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetas	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt.	05909990661411	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	8,96	9,68	10,26	14,59	14,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,38
1243	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	4,80	5,18	5,72	10,05	10,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,02
1244	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0.5 mg/0,5 g	28 sasz.	05909990447619	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	24,70	26,68	28,27	31,71	11,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,52
1245	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,00	33,48	35,49	41,25	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	24,88
1246	Estradiolum	Estrofem, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990330713	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,40	11,23	11,90	16,23	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,87
1247	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990823215	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,80	10,58	11,22	13,65	8,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,97
1248	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,00	35,64	37,78	45,66	40,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	17,59
1249	Estradiolum	Systen 50, system transdermalny, 3.2 mg	6 szt.	05909990169214	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	15,40	16,63	17,63	23,39	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,02
1250	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	36,00	38,88	41,21	45,54	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	34,18
1251	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	2024-07-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,39	20,94	22,19	26,52	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,16
1252	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,14	20,67	21,91	26,24	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1253	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen 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	28,98	31,30	33,18	38,94	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,57
1254	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry Systen 50 + 4 plastry Systen Conti)	05909990444816	2023-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,24	22,94	24,31	30,07	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,70
1255	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,80	21,38	22,67	27,00	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,64
1256	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	2023-03-01	3 lata	240.0, Leki przeciwprątkowe - inne - etambutol	85,00	91,80	97,31	111,53	111,53	Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1257	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990879458	2024-10-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,15	5,56	6,10	8,45	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,13
1258	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt.	05909990879465	2022-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	14,50	15,66	16,60	22,24	22,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67
1259	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	21 szt.	05909990060016	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,30	5,72	6,26	8,61	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,29
1260	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt.	05909990060023	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,00	16,20	17,17	22,81	22,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
1261	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	5,00	5,40	5,94	8,29	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,97
1262	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990873319	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,20	5,62	6,16	8,51	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1263	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Stediril 30, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990072514	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,20	5,62	6,16	8,51	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,19
1264	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	2022-01-01	3 lata	157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid	45,50	49,14	52,09	62,65	62,65	Padaczka		ryczałt	3,20
1265	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.25 mg	60 szt.	05909990211654	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	362,19	391,17	414,63	439,40	439,40	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1266	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.5 mg	60 szt.	05909990211357	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	751,00	811,08	859,74	894,68	894,68	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1267	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.75 mg	60 szt.	05909990211845	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	1132,10	1222,67	1296,03	1339,57	1339,57	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1268	Exemestanum	Glandex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990812202	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,11	62,76	66,53	76,55	56,72	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	19,83
1269	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,42	56,72	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	19,70
1270	Ezetimibum	Esetin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991388669	2022-05-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,00	18,36	19,46	23,39	14,23	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	13,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1271	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,35	9,02	9,56	13,27	13,27	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	3,98
1272	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	26,84	28,99	30,73	38,72	38,72	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	11,62
1273	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,42	15,57	16,51	20,22	13,28	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	9,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1274	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	2024-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,00	15,12	16,03	19,74	13,28	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	10,44
1275	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	2024-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,34	9,01	9,55	13,26	13,26	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	3,98
1276	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	2024-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,00	9,72	10,30	14,23	14,23	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1277	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909990996902	2022-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,95	18,31	19,41	23,34	14,23	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	13,38
1278	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,56	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,04
1279	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,56	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1280	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,56	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,04
1281	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	2023-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,15	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,19
1282	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	2023-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,15	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,19
1283	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	2023-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,15	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,19
1284	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835	2024-04-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	9,10	9,83	10,42	14,20	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,03
1285	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828	2024-04-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	17,11	18,48	19,59	25,84	25,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1286	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,33	31,38	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,64
1287	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,33	31,38	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,36
1288	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990761548	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	36,45	39,37	41,73	46,93	20,92	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	32,29
1289	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2023-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,89	43,08	45,66	52,47	31,38	<1>Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	36,78
1290	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2023-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,89	43,08	45,66	52,47	31,38	<2>Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	30,50
1291	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391522	2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	26,59	28,72	30,45	35,65	20,92	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1292	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	43,35	50,16	31,38	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	34,47
1293	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	43,35	50,16	31,38	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	28,19
1294	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391874	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,25	27,27	28,91	34,11	20,92	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	19,47
1295	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,33	31,38	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,64
1296	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,33	31,38	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,36
1297	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	03838989705152	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,93	28,00	29,69	34,89	20,92	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	20,25
1298	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,44	14,52	15,39	19,72	16,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1299	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,00	10,80	11,45	13,89	8,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,23
1300	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	2023-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	14,40	15,55	16,48	21,43	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,13
1301	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	19,05	20,57	21,81	27,96	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,21
1302	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	10,47	11,31	11,99	16,34	15,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,73
1303	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,87	13,90	14,73	19,68	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,74
1304	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,16	18,53	19,65	26,60	26,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,18
1305	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	49,44	49,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,35
1306	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	71,49	71,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,31
1307	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,57	13,58	14,39	19,34	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
1308	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	25,40	27,43	29,07	36,74	36,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,92
1309	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	38,00	41,04	43,50	53,17	53,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,35
1310	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,78	18,12	19,21	25,36	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,85
1311	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	48,40	48,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,07
1312	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	70,05	70,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,92
1313	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,50	17,82	18,89	23,84	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,54
1314	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,59	24,40	25,87	32,02	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,27
1315	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909990903917	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,00	18,36	19,46	24,41	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1316	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909990431342	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,69	24,51	25,97	32,12	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,37
1317	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	17,98	19,42	20,58	24,46	14,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,87
1318	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	23,90	25,81	27,36	30,33	10,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	23,51
1319	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	25,15	27,16	28,79	33,88	20,04	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	19,85
1320	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	484,41	484,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1321	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	484,41	484,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1322	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	484,41	484,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1323	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	75,00	81,00	85,86	101,88	101,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1324	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	28,35	30,62	32,45	40,80	39,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,76
1325	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	45,00	48,60	51,52	63,54	63,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1326	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	60,00	64,80	68,69	83,04	83,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1327	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	2024-10-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	430,00	464,40	492,26	518,75	518,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1328	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	2022-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	430,00	464,40	492,26	518,75	518,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1329	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	2022-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	430,00	464,40	492,26	518,75	518,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1330	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	201,60	217,73	230,80	251,09	251,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
1331	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	99,20	107,14	113,56	129,58	129,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1332	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	51,90	56,05	59,41	71,43	71,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1333	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	101,50	109,62	116,20	132,22	132,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1334	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	50,00	54,00	57,24	69,26	69,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1335	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	151,00	163,08	172,86	191,31	191,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,80
1336	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	74,05	79,97	84,77	99,12	99,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1337	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	645,00	696,60	738,40	770,92	770,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1338	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	645,00	696,60	738,40	770,92	770,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1339	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	322,50	348,30	369,20	392,30	392,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1340	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	105,00	113,40	120,20	136,22	136,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1341	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	12,60	13,61	14,43	19,78	18,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,14
1342	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	26,25	28,35	30,06	38,41	38,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1343	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	52,50	56,70	60,10	72,12	72,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1344	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	78,75	85,05	90,16	104,51	104,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1345	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	129,00	139,32	147,68	164,41	164,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1346	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	520,00	561,60	595,30	624,49	624,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1347	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	129,00	139,32	147,68	164,41	164,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1348	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	520,00	561,60	595,30	624,49	624,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1349	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	458,66	458,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1350	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	458,66	458,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1351	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	458,66	458,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1352	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	458,66	458,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1353	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	465,00	502,20	532,33	559,78	555,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,18
1354	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	465,00	502,20	532,33	559,78	555,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,18
1355	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	465,00	502,20	532,33	559,78	555,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1356	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	465,00	502,20	532,33	559,78	555,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,18
1357	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	465,00	502,20	532,33	559,78	555,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,18
1358	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	465,00	502,20	532,33	559,78	555,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,18
1359	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	52,60	56,81	60,22	68,20	34,25	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	37,15
1360	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	133,91	144,62	153,30	170,36	170,36	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
1361	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	192,35	207,74	220,20	239,09	239,09	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
1362	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	88,60	95,69	101,43	111,71	54,80	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	60,11
1363	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	223,10	240,95	255,41	275,14	274,00	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	4,34
1364	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	317,92	343,35	363,96	386,41	383,60	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	6,01
1365	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	134,69	145,47	154,19	171,25	171,25	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1366	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	213,25	230,31	244,13	263,86	263,86	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
1367	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,19	21,81	23,11	29,86	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,34
1368	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	60,57	65,42	69,34	81,49	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,94
1369	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055470	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,33	21,96	23,27	30,02	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,50
1370	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990906154	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	60,99	65,87	69,82	81,97	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,42
1371	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990067770	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,18	21,79	23,10	29,85	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,33
1372	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990048670	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,41	22,04	23,36	30,11	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,59
1373	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,90	64,69	68,57	80,72	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,17
1374	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991282288	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,96	18,32	19,42	26,17	26,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1375	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990713127	2022-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,37	22,00	23,32	30,07	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1376	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990713141	2022-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	61,11	66,00	69,96	82,11	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,56
1377	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,85	20,36	21,58	28,33	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,81
1378	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991507879	2024-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,00	57,24	60,67	72,82	72,82	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1379	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311	2022-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	79,20	85,54	90,67	104,55	104,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1380	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,47	22,11	23,44	30,19	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,67
1381	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990811045	2022-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,40	64,15	68,00	80,15	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1382	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096571	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	13,50	14,58	15,45	22,20	22,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1383	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991096601	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	40,49	43,73	46,35	58,50	58,50	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1384	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017973	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,95	20,47	21,70	28,45	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,93
1385	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990050895	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,09	20,62	21,86	28,38	24,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,64
1386	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017997	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,15	21,76	23,07	29,82	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1387	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990077267	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,94	21,54	22,83	29,58	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,06
1388	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990077274	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,04	63,76	67,59	79,74	79,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1389	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	2024-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,46	21,02	22,28	28,80	24,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,06
1390	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990074105	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,90	20,41	21,63	28,38	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,86
1391	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991107871	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,25	57,51	60,97	73,12	73,12	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1392	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991088842	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,90	19,33	20,49	27,24	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,72
1393	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991053710	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,50	19,98	21,18	27,70	24,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,96
1394	Finerenonum	Kerendia, tabl. powl., 10 mg	14 szt.	04057598013536	2024-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	111,78	120,72	127,97	143,72	143,72	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	43,12
1395	Finerenonum	Kerendia, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	04057598013581	2024-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	111,78	120,72	127,97	143,72	143,72	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	43,12
1396	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	72,79	78,61	83,33	95,14	86,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	46,85
1397	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	20,82	26,21	21,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1398	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	6,30	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,59
1399	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,02	8,66	9,20	13,15	13,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,92
1400	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,00	32,40	34,34	42,54	42,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,14
1401	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	20,82	26,21	21,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,90
1402	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,07	9,80	10,38	13,56	10,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,36
1403	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219	2022-01-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,16
1404	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	47,00	50,76	53,81	65,62	65,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,81
1405	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	12,69	13,46	18,85	18,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,43
1406	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	35,10	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,55
1407	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	55,08	59,49	63,05	74,86	74,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,43
1408	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	14,10	15,23	16,15	21,54	21,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1409	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	14,10	15,23	16,15	21,54	21,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,77
1410	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	7,05	7,61	8,15	11,33	10,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,95
1411	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	22,00	23,76	25,19	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,16
1412	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	62,44	67,44	71,49	83,30	83,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,49
1413	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,70	16,96	17,97	23,36	21,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,33
1414	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,33	3,60	4,14	5,70	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,05
1415	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	11,45	15,40	13,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,63
1416	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	61,20	66,10	70,06	81,87	81,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	36,85
1417	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,61	33,06	35,05	43,25	43,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,54
1418	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	2024-07-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,54
1419	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,62	16,87	17,88	23,27	21,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1420	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	8,97	12,15	10,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,09
1421	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	11,80	12,74	13,51	18,90	18,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,45
1422	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	23,60	25,49	27,02	35,22	35,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,61
1423	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	11,86	12,81	13,58	18,97	18,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,49
1424	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	78,21	78,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,11
1425	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	58,24	62,90	66,67	78,48	78,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,24
1426	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,50	15,66	16,60	21,99	21,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,22
1427	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	15,72	16,66	22,05	21,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,28
1428	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909990869763	2022-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,07	3,32	3,86	5,42	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,11
1429	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,60	21,17	22,44	29,42	29,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,71
1430	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	33,20	41,40	41,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1431	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	29,12	31,45	33,34	41,54	41,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,77
1432	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,83	14,94	15,83	21,22	21,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,61
1433	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,20	3,46	4,00	5,56	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,25
1434	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	27,65	29,86	31,65	39,85	39,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,93
1435	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,00	7,56	8,10	11,28	10,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,90
1436	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	62,70	67,72	71,78	83,59	83,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	41,80
1437	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,80	14,90	15,80	21,19	21,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,60
1438	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	33,20	41,40	41,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,70
1439	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	6,55	7,07	7,61	10,79	10,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,41
1440	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	2024-04-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	9,65	10,42	11,05	15,16	15,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
1441	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,60	14,69	15,57	19,62	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1442	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,17	15,30	16,22	20,27	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,39
1443	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,70	11,56	12,25	16,12	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,90
1444	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	2024-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,99	15,11	16,02	20,07	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,17
1445	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,58	10,35	10,96	15,01	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,13
1446	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,45	10,21	10,82	14,87	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,99
1447	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	35,90	38,77	41,09	46,95	23,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	30,49
1448	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,90	12,85	13,62	15,86	7,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,92
1449	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0.5 mg	50 szt.	05909991074258	2024-07-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	18,18	6,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	14,90
1450	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296	2024-07-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	29,16	30,91	38,90	38,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1451	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	2022-01-01	3 lata	179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego	10,90	11,77	12,47	16,94	16,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1452	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	15,94	17,22	18,25	24,18	21,92	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,26
1453	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	47,96	51,80	54,91	65,75	65,75	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1454	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	50,00	54,00	57,24	68,69	68,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1455	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635	2024-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	190,00	205,20	217,51	235,72	205,27	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	92,03
1456	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	2024-07-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	21,80	23,54	24,96	30,99	25,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,13
1457	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	2022-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,00	11,88	12,59	16,22	12,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,79
1458	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839	2022-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,05	11,93	12,65	16,28	12,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,85
1459	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	49,50	53,46	56,67	64,10	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,80
1460	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	25,00	27,00	28,62	33,37	15,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,32
1461	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	78,96	85,28	90,40	101,19	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	45,52
1462	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	49,00	52,92	56,10	63,53	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,23
1463	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	22,32	24,11	25,55	29,62	12,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,62
1464	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	22,77	24,59	26,07	30,14	12,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1465	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	46,06	49,74	52,73	60,16	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	32,86
1466	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,28	16,50	17,50	19,75	6,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,85
1467	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	82,50	89,10	94,45	105,24	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	49,57
1468	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771	2021-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	24,00	25,92	27,48	34,91	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,61
1469	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788	2021-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
1470	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001	2023-03-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,55	61,07	64,74	75,53	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,86
1471	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	30,79	33,25	35,25	42,68	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,38
1472	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025	2023-03-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	113,10	122,15	129,48	144,27	121,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	32,95
1473	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,85	61,40	65,08	75,87	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,20
1474	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	2024-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,25	68,31	72,41	84,72	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1475	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	2022-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	75,56	87,87	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,75
1476	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	2022-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,50	85,86	91,01	104,54	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1477	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,90	57,13	60,56	71,96	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	2,90
1478	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	158,40	171,07	181,33	199,27	199,27	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	2,88
1479	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	68,00	73,44	77,85	90,16	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,54
1480	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	191,25	206,55	218,95	237,65	234,97	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,61
1481	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,50	88,02	93,30	106,83	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,44
1482	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	237,00	255,96	271,32	291,16	281,96	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,92
1483	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557	2023-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,79	57,01	60,44	71,84	71,84	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1484	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595	2023-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,74	68,84	72,96	85,27	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,15
1485	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632	2023-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	78,98	85,30	90,42	103,95	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1486	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	2022-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	73,92	79,83	84,63	96,94	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,82
1487	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	2022-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	89,04	96,16	101,93	115,46	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,67
1488	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,85	71,12	75,38	87,69	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,57
1489	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,30	85,64	90,78	104,31	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,52
1490	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,85	57,08	60,50	71,90	71,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1491	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	2024-10-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,80	57,02	60,45	71,85	71,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1492	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	2024-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,45	70,69	74,93	87,24	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,12
1493	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	2024-10-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,00	85,32	90,44	103,97	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,18
1494	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959	2024-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,99	71,27	75,55	87,86	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1495	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966	2024-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,49	85,85	91,00	104,53	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,74
1496	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898	2024-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,89	57,12	60,54	71,94	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1497	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	2023-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	67,00	72,36	76,70	89,01	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,89
1498	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	2023-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,50	88,02	93,30	106,83	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,04
1499	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	2024-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	53,75	58,05	61,54	72,94	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,78
1500	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	2024-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,20	75,82	80,36	92,67	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,80
1501	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	2024-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	86,00	92,88	98,45	111,98	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,07
1502	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	75,00	81,00	85,86	98,17	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,05
1503	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	99,00	106,92	113,34	126,87	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1504	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	59,98	64,78	68,67	80,07	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,33
1505	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,46	62,06	65,78	77,18	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,44
1506	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	75,56	87,87	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,75
1507	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	80,50	86,94	92,16	105,69	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,90
1508	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,50	70,74	74,98	87,29	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,17
1509	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,50	85,86	91,01	104,54	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,75
1510	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	61,75	66,69	70,70	83,01	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,89
1511	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	75,50	81,54	86,43	99,96	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,17
1512	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578	2023-11-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	47,59	51,40	54,49	65,89	65,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1513	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	30,00	32,40	34,34	38,39	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,51
1514	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	30,00	32,40	34,34	38,39	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,51
1515	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml	1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły	05909991343019	2024-04-01	2 lata 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	249,00	268,92	285,06	304,08	229,50	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	77,78
1516	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml	1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł / 1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 15 igieł	05909991343033	2024-04-01	2 lata 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1494,00	1613,52	1710,33	1754,56	1377,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	380,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1517	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	05997001308486	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	127,85	138,08	146,36	163,07	153,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	13,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1518	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	05997001308493	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	191,79	207,13	219,56	238,58	229,50	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	12,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1519	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	05997001308509	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	255,72	276,18	292,74	313,78	305,99	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	10,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1520	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	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	298,00	321,84	341,15	362,19	305,99	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	59,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1521	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	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	894,00	965,52	1023,45	1058,85	918,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	144,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1522	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych	05909991088125	2022-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	256,34	276,85	293,46	314,50	305,99	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1523	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml	1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych	05909991088149	2022-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	770,96	832,64	882,60	918,00	918,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1524	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	256,00	276,48	293,07	314,11	305,99	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	11,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1525	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	512,00	552,96	586,14	615,27	612,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	6,46
1526	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	44,40	47,95	50,82	61,26	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,30
1527	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	127,50	137,70	145,96	162,95	162,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1528	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	88,99	96,11	101,88	116,32	116,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1529	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	44,80	48,38	51,29	61,73	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,77
1530	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,87	97,06	102,88	117,32	116,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1531	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,00	47,52	50,37	60,81	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,85
1532	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287	2022-03-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,96	96,08	101,84	116,28	116,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1533	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294	2022-03-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	133,46	144,14	152,79	169,78	169,78	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1534	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,96	96,08	101,84	116,28	116,28	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1535	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4.5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	29,45	31,81	33,72	40,89	29,08	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,01
1536	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	38,80	41,90	44,42	54,86	54,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1537	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	88,99	96,11	101,88	116,32	116,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1538	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	44,94	48,54	51,45	61,89	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,93
1539	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inh., zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. a 120 daw.	05000456071505	2023-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	210,75	227,61	241,27	259,48	205,27	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	115,79
1540	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,87	5,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,84
1541	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,69	7,23	7,77	10,84	10,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,88
1542	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,87	5,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1543	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,70	7,24	7,78	10,85	10,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,89
1544	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,05	4,37	4,91	7,66	7,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1545	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	5,50	5,94	6,48	9,23	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1546	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	5,85	6,32	6,86	9,61	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	2,88
1547	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	6,00	6,48	7,02	9,77	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,02
1548	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,00	11,88	12,59	17,37	16,89	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,68
1549	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	33,00	35,64	37,78	47,25	47,25	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1550	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	44,00	47,52	50,37	61,21	61,21	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1551	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	14,50	15,66	16,60	21,38	16,89	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	7,69
1552	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	32,35	34,94	37,03	46,50	46,50	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1553	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	36,00	38,88	41,21	50,68	50,68	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1554	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	49,30	53,24	56,44	67,28	67,28	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1555	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	76,00	82,08	87,00	100,47	100,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56
1556	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	104,00	112,32	119,06	133,90	133,90	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,74
1557	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	15,75	17,01	18,04	22,82	16,89	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	9,13
1558	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	46,90	50,65	53,69	63,16	50,68	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	15,68
1559	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	61,80	66,74	70,75	81,59	67,57	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	17,22
1560	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	90,70	97,96	103,83	117,30	101,36	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	19,50
1561	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	105,30	113,72	120,55	135,39	135,15	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,98
1562	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	73,00	78,84	83,57	97,10	97,10	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	48,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1563	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 amp.-strz.	05909990880911	2024-07-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	73,03	78,87	83,60	97,13	97,10	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	48,58
1564	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413	2022-01-01	3 lata	208.0, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania do oczu	5,50	5,94	6,48	9,10	9,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,55
1565	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,46
1566	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,46
1567	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,95	8,59	9,13	11,19	6,55	Cukrzyca		ryczałt	7,84
1568	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2022-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,46
1569	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	19,25	20,79	22,04	24,95	9,83	Cukrzyca		ryczałt	16,49
1570	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,25	13,23	14,03	16,94	9,83	Cukrzyca		ryczałt	10,31
1571	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,10	11,99	12,71	15,62	9,83	Cukrzyca		ryczałt	8,99
1572	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,65	17,98	19,06	23,16	14,74	Cukrzyca		ryczałt	13,22
1573	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,79	11,65	12,36	15,27	9,83	Cukrzyca		ryczałt	8,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1574	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	21,57	23,30	24,69	29,70	19,65	Cukrzyca		ryczałt	16,45
1575	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	2022-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,89	19,32	20,48	24,58	14,74	Cukrzyca		ryczałt	14,64
1576	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	08595566455019	2024-10-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,46
1577	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299	2022-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,10	11,99	12,71	15,62	9,83	Cukrzyca		ryczałt	8,99
1578	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305	2022-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	22,20	23,98	25,41	30,42	19,65	Cukrzyca		ryczałt	17,17
1579	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	2022-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,10	8,75	9,29	12,20	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,57
1580	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	2023-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,86	9,57	10,14	13,05	9,83	Cukrzyca		ryczałt	6,42
1581	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	2022-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,20	17,50	18,54	23,55	19,65	Cukrzyca		ryczałt	10,30
1582	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,13	4,46	5,00	6,63	4,91	Cukrzyca		ryczałt	4,92
1583	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,20	7,78	8,32	11,23	9,83	Cukrzyca		ryczałt	4,60
1584	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,80	12,74	13,51	17,61	14,74	Cukrzyca		ryczałt	7,67
1585	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,00	11,88	12,59	17,60	17,60	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1586	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,55	3,83	4,37	6,00	4,91	Cukrzyca		ryczałt	4,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1587	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,15	6,64	7,18	10,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	3,46
1588	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,59	3,88	4,42	6,05	4,91	Cukrzyca		ryczałt	3,91
1589	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,27	7,85	8,39	11,30	9,83	Cukrzyca		ryczałt	4,20
1590	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,69	11,55	12,24	16,34	14,74	Cukrzyca		ryczałt	5,76
1591	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,79	13,81	14,64	19,65	19,65	Cukrzyca		ryczałt	5,76
1592	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,75	2,97	3,51	5,14	4,91	Cukrzyca		ryczałt	3,43
1593	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,50	5,94	6,48	9,39	9,39	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1594	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,25	8,91	9,45	13,55	13,55	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1595	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,95	11,83	12,54	17,55	17,55	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1596	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,70	18,04	19,12	25,76	25,76	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1597	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,52	2,72	3,26	4,89	4,89	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1598	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,16	5,57	6,11	9,02	9,02	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1599	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,11	7,68	8,22	12,32	12,32	Cukrzyca		ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1600	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,00	10,80	11,45	16,46	16,46	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1601	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,49	17,81	18,88	25,52	25,52	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1602	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,00	9,72	10,30	11,93	4,91	Cukrzyca		ryczałt	10,22
1603	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	2022-01-01	3 lata	85.0, Hormony trzustki - glukagon	47,95	51,79	54,90	65,74	65,74	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1604	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	05909990156825	2022-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	11,84	12,79	13,55	18,29	18,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1605	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6.5 mg	30 szt.	05909990183036	2024-04-01	3 lata	33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego	5,30	5,72	6,26	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,74
1606	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882	2022-09-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	95,44	95,44	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	28,63
1607	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 szt.	05909991256210	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	436,50	471,42	499,71	525,75	525,75	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	8,96
1608	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 szt.	05909991256197	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	138,60	149,69	158,67	175,95	175,95	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20
1609	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	140,00	151,20	160,27	177,55	175,95	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty; <2>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1610	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	419,50	453,06	480,24	506,28	506,28	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	8,96
1611	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	193,50	208,98	221,52	238,80	175,95	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty;	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	66,05
1612	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10.8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	608,87	657,58	697,03	723,07	527,85	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	204,18
1613	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,47	42,47	x	choroba Huntingtona	30%	11,47
1614	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01	3 lata	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,47	42,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1615	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,38	3,65	4,19	6,01	6,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,80
1616	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,38	3,65	4,19	6,01	6,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1617	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,54	4,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	3,17
1618	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,54	4,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,01
1619	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,18	16,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	4,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1620	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,18	16,18	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1621	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	6,67	6,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	2,21
1622	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2024-04-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	6,67	6,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,59
1623	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	2022-11-01	3 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	12,30	13,28	14,08	18,95	18,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,69
1624	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	2022-01-01	3 lata	55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania	4,45	4,81	5,35	7,57	7,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,79
1625	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	2022-03-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	91,28	105,19	105,19	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1626	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2022-01-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	91,28	105,19	105,19	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1627	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,50	7,02	7,56	9,19	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,28
1628	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	<1>2023-09-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2068,45	2233,93	2367,96	2433,07	2433,07	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1629	Icatibantum	Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05055565774410	2022-05-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2068,45	2233,93	2367,96	2433,07	2433,07	Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1630	Icatibantum	Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991485870	2023-11-01	2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2211,61	2211,61	Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1631	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	1875,00	2025,00	2146,50	2211,61	2211,61	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1632	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	1900,00	2052,00	2175,12	2240,23	2240,23	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
1633	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	2023-09-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	103,95	112,27	119,01	134,31	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	40,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1634	Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg	30 szt. (30 x 1)	07613421044596	2024-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	155,29	167,71	177,78	195,99	195,99	Podtrzymujące leczenie astmy u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli choroby w wyniku podtrzymującego leczenia skojarzonego długo działającym beta2-mimetykiem i kortykosteroidem wziewnym podawanym w dużych dawkach, u których wystąpiło co najmniej jedno zaostrzenie astmy w poprzednim roku		30%	58,80
1635	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531	2024-07-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	90,16	97,37	103,22	116,75	93,99	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	50,96
1636	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548	2024-07-01	2 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	91,14	98,43	104,34	117,87	93,99	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	52,08
1637	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524	2024-07-01	2 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	60,00	64,80	68,69	86,63	86,63	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	25,99
1638	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,65	8,26	8,80	11,53	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,59
1639	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt.	05909991276621	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,88	12,83	13,60	18,35	18,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,96
1640	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990799398	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,40	4,75	5,29	8,02	8,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,41
1641	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05909990863013	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,99	6,47	7,01	10,00	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,70
1642	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990665907	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,64	8,25	8,79	11,52	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,58
1643	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990223121	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,50	8,10	8,64	12,82	12,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,47
1644	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909991025014	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,66	5,03	5,57	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1645	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	90 szt.	05908289660401	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	13,98	15,10	16,01	22,42	22,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,06
1646	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990770182	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,65	6,10	6,64	9,37	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,94
1647	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990424801	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,51	4,87	5,41	8,14	8,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,44
1648	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt.	05909990424849	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,02	9,74	10,32	15,07	15,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,52
1649	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990734993	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,47	4,83	5,37	8,10	8,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,43
1650	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,39	10,14	10,75	13,48	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,34
1651	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053	2023-11-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	6117,00	6606,36	6768,36	6921,48	6921,48	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	3,20
1652	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	2024-04-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	2039,00	2202,12	2334,25	2397,12	2306,94	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	93,38
1653	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059	2024-04-01	2 lata 9 miesięcy	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	61,00	65,88	69,83	80,99	67,19	Cukrzyca typu I		ryczałt	17,00
1654	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	2024-04-01	2 lata 9 miesięcy	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	101,00	109,08	115,62	129,32	100,78	Cukrzyca typu I		ryczałt	32,54
1655	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	160,43	173,26	183,66	201,40	201,40	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1656	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,00	114,48	121,35	135,05	100,78	Cukrzyca		ryczałt	38,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1657	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,00	114,48	121,35	135,05	100,78	Cukrzyca		ryczałt	38,27
1658	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 insulin ludzkich	61,00	65,88	69,83	80,99	67,19	Cukrzyca		ryczałt	17,00
1659	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	102,90	111,13	117,80	131,50	100,78	Cukrzyca		ryczałt	34,72
1660	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	2023-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	333,00	359,64	381,22	402,12	309,91	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 1 roku życia		30%	185,18
1661	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562	2023-01-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	137,75	148,77	157,70	174,28	154,96	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	65,81
1662	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741	2022-07-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	166,50	179,82	190,61	207,19	154,96	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 1 roku życia		30%	98,72
1663	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 insulin	252,45	272,65	289,01	309,91	309,91	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	92,97
1664	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717	2022-07-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	157,00	169,56	179,73	196,31	154,96	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	87,84
1665	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	2022-07-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	157,00	169,56	179,73	196,31	154,96	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	87,84
1666	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2024-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	445,50	481,14	510,01	534,88	464,87	Leczenie cukrzycy u dorosłych		30%	209,47
1667	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	2023-03-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	255,30	275,72	292,27	315,69	315,69	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	94,71

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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1668	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	2023-03-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	334,00	360,72	382,36	405,78	404,07	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	122,93
1669	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	2022-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	65,00	70,20	74,41	85,57	67,19	Cukrzyca		ryczałt	21,58
1670	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	2022-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	99,50	107,46	113,91	127,61	100,78	Cukrzyca		ryczałt	30,83
1671	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	100,00	108,00	114,48	128,18	100,78	Cukrzyca		ryczałt	31,40
1672	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	83,18	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1673	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1674	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1675	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1676	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1677	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1678	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,23	85,57	90,70	104,40	100,78	Cukrzyca		ryczałt	6,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1679	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1680	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,23	85,57	90,70	104,40	100,78	Cukrzyca		ryczałt	6,48
1681	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1682	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,23	85,57	90,70	104,40	100,78	Cukrzyca		ryczałt	6,48
1683	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,17	82,26	87,20	100,90	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,12
1684	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,17	82,26	87,20	100,90	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,12
1685	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,17	82,26	87,20	100,90	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,12
1686	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	83,18	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1687	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	83,18	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1688	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	83,18	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1689	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1690	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1691	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1692	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	3,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1693	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1694	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1695	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,20	114,70	121,58	135,28	100,78	Cukrzyca		ryczałt	38,50
1696	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,81	115,35	122,28	135,98	100,78	Cukrzyca		ryczałt	39,20
1697	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,81	115,35	122,28	135,98	100,78	Cukrzyca		ryczałt	39,20
1698	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	2023-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	160,21	173,03	183,41	201,15	201,15	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1699	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	2024-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	157,41	170,00	180,20	197,94	197,94	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1700	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	78,00	84,24	89,29	102,99	100,78	Cukrzyca		ryczałt	6,21
1701	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	2022-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	157,41	170,00	180,20	197,94	197,94	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1702	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	13,06	14,10	14,95	20,04	20,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1703	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	10,69	11,55	12,24	15,21	10,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	8,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1704	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	13,07	14,12	14,96	20,05	20,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,57
1705	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,90	13,93	14,76	19,85	19,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1706	Isosorbidi mononitras	Mononit 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990010516	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,67	3,96	4,50	6,23	5,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,95
1707	Isosorbidi mononitras	Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909991011727	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,20	16,42	17,40	23,66	23,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
1708	Isosorbidi mononitras	Mononit 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990010622	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,78	7,32	7,86	10,96	10,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1709	Isosorbidi mononitras	Mononit 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010714	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,25	6,75	7,29	10,39	10,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1710	Isosorbidi mononitras	Mononit 60 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991011529	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,57	11,42	12,10	16,40	16,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,80
1711	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	58,94	63,66	67,48	79,29	79,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	39,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1712	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,42	9,09	9,64	13,22	12,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,07
1713	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	42,50	45,90	48,65	60,46	60,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	30,23
1714	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	12,76	12,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	6,61
1715	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	64,49	69,65	73,83	85,64	85,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	42,82
1716	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,02	12,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	8,87
1717	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991452278	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,90	57,13	60,56	71,98	69,94	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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	5,24
1718	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,93	57,16	60,60	72,02	69,94	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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	5,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1719	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991465377	2022-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,95	58,27	61,77	73,19	69,94	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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	6,45
1720	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	64,00	69,12	73,27	84,69	69,94	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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	17,95
1721	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991452285	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,30	85,64	90,78	104,68	104,68	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1722	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991427511	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,40	85,75	90,89	104,79	104,79	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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
1723	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991466046	2022-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,50	85,86	91,01	104,91	104,91	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1724	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7.5 mg	56 szt.	05909991286927	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	96,00	103,68	109,90	123,80	104,91	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	22,09
1725	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05901878600772	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	56,50	61,02	64,68	76,10	69,94	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,36
1726	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,82	67,85	71,92	83,34	69,94	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	16,60
1727	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05901878600789	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	84,50	91,26	96,74	110,64	104,91	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	8,93
1728	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991264734	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	94,30	101,84	107,96	121,86	104,91	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	20,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1729	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,25	65,07	68,98	80,40	69,94	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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	13,66
1730	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,67	69,94	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,93
1731	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991322786	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,78	104,91	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,07
1732	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991398606	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	57,24	68,66	68,66	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1733	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991398620	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	85,86	99,76	99,76	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1734	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	57,24	68,66	68,66	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1735	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991298654	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	85,86	99,76	99,76	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1736	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991329822	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	114,00	123,12	130,51	145,93	139,88	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,03
1737	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991329785	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,67	69,94	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,93
1738	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7.5 mg	112 szt.	05909991329891	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	171,00	184,68	195,76	213,72	209,82	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1739	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991329853	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,78	104,91	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,07
1740	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,00	57,24	60,67	72,09	69,94	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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	5,35
1741	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991307370	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,50	85,86	91,01	104,91	104,91	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1742	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539	2022-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	5,27	5,69	6,23	8,76	8,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1743	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	2022-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	24,90	26,89	28,50	30,30	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,21
1744	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	2022-01-01	3 lata	74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego	52,00	56,16	59,53	70,83	70,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,25
1745	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,79	9,49	10,07	12,98	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	7,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1746	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,89	13,92	14,75	18,51	13,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,70
1747	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,04	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,93
1748	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,90	17,17	18,20	23,21	20,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	12,99
1749	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,40	16,63	17,63	21,72	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	14,06
1750	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	14,93	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,82
1751	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,32	5,75	6,29	8,35	6,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,95
1752	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	7,35	7,94	8,48	11,80	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1753	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990760718	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	12,09	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,98
1754	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,18	10,99	11,65	14,56	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,51
1755	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990650521	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,80	6,26	6,80	8,19	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,36
1756	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909990650620	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,60	12,53	13,28	15,72	8,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,06
1757	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909990625697	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,42	18,81	19,95	23,43	12,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,94
1758	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991105563	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,34	10,09	10,69	13,13	8,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,47
1759	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991105549	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,00	16,20	17,17	20,65	12,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,16
1760	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,80	6,26	6,80	8,19	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,82
1761	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,55	12,47	13,22	15,66	8,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,00
1762	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,60	12,53	13,28	15,72	8,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,05
1763	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	23,10	24,95	26,45	30,78	16,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,51
1764	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	19,92	23,40	12,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,42
1765	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	34,65	37,42	39,67	45,49	24,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1766	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,78	80,78	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1767	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,09	117,09	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1768	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,01	153,01	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1769	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,09	10,57	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,72
1770	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	64,96	70,16	74,37	86,92	84,53	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,59
1771	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743348	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	97,44	105,24	111,55	126,30	126,30	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1772	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743355	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	129,91	140,30	148,72	165,27	165,27	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1773	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,12	8,77	9,31	12,81	10,57	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,44
1774	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,53	67,53	71,58	84,13	84,13	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1775	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	93,80	101,30	107,38	122,13	122,13	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1776	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,06	135,06	143,16	159,71	159,71	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1777	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	8,97	12,47	10,57	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,10
1778	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,88	67,91	71,98	84,53	84,53	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1779	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991358365	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	94,32	101,87	107,98	122,73	122,73	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1780	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991358372	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,76	135,82	143,97	160,52	160,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1781	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991358341	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,86	8,49	9,03	12,53	10,57	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,16
1782	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	05909991384234	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,78	80,78	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1783	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	05909991384241	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,09	117,09	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1784	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	05909991384258	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,01	153,01	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1785	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	05909991384197	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,09	10,57	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,72
1786	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - płynne postacie farmaceutyczne	85,82	92,69	98,25	112,51	112,51	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
1787	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	19,46	24,57	18,98	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,79
1788	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	9,73	12,71	9,49	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,42
1789	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,70	19,12	20,26	25,37	18,98	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,59
1790	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,81	19,23	20,39	25,50	18,98	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,72
1791	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	13,14	14,19	15,04	20,15	18,98	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1792	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	26,28	28,38	30,09	37,95	37,95	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1793	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	47,15	50,92	53,98	64,73	64,73	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1794	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	12,01	12,97	13,75	18,47	16,18	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,49
1795	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,50	21,06	22,32	27,43	18,98	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,65
1796	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	53,42	57,69	61,16	71,02	56,93	Padaczka oporna na leczenie; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	17,29
1797	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,88	5,27	5,81	7,48	4,74	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,94
1798	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	14,15	9,49	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1799	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,71	19,13	20,27	25,38	18,98	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,60
1800	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,42	4,77	5,31	6,98	4,74	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,44
1801	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,85	9,56	10,13	13,11	9,49	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,82
1802	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,45	5956,45	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	4,27
1803	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,45	5956,45	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	4,27
1804	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,45	5956,45	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	0,00
1805	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,26	4467,34	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	48,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1806	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,26	4467,34	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	48,12
1807	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,26	4467,34	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	44,92
1808	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,00	14,04	14,88	18,63	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,42
1809	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,50	7,02	7,56	9,61	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,50
1810	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	6,53	8,58	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,47
1811	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	16,46	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,25
1812	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,25	22,95	24,33	31,83	31,65	Jaskra		ryczałt	3,38
1813	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	63,75	68,85	72,99	86,49	86,49	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1814	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,00	27,00	28,62	36,12	31,65	Jaskra		ryczałt	7,67
1815	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,08	24,93	26,42	33,92	31,65	Jaskra		ryczałt	5,47
1816	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,53	37,98	Jaskra		ryczałt	6,75
1817	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	87,00	93,96	99,60	113,93	113,93	Jaskra		ryczałt	9,60
1818	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,70	28,84	30,56	38,06	31,65	Jaskra		ryczałt	9,61
1819	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	77,00	83,16	88,15	101,65	94,94	Jaskra		ryczałt	14,71
1820	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	2022-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,48	32,92	34,89	43,22	37,98	Jaskra		ryczałt	8,44
1821	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	92,99	100,43	106,46	120,79	113,93	Jaskra		ryczałt	16,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1822	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	34,98	31,65	Jaskra		ryczałt	6,53
1823	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,00	77,76	82,43	95,93	94,94	Jaskra		ryczałt	8,99
1824	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,50	78,30	83,00	96,50	94,94	Jaskra		ryczałt	9,56
1825	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,00	28,08	29,76	37,26	31,65	Jaskra		ryczałt	8,81
1826	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,50	78,30	83,00	96,50	94,94	Jaskra		ryczałt	9,56
1827	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,99	32,39	34,33	41,83	31,65	Jaskra		ryczałt	13,38
1828	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	2022-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	80,25	86,67	91,88	105,38	94,94	Jaskra		ryczałt	18,44
1829	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,96	34,52	36,59	44,92	37,98	Jaskra		ryczałt	10,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1830	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	95,89	103,56	109,77	124,10	113,93	Jaskra		ryczałt	19,77
1831	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,25	22,95	24,33	31,83	31,65	Jaskra		ryczałt	3,38
1832	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	63,75	68,85	72,99	86,49	86,49	Jaskra		ryczałt	8,00
1833	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,95	32,35	34,29	41,79	31,65	Jaskra		ryczałt	13,34
1834	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,99	68,03	72,11	85,61	85,61	Jaskra		ryczałt	8,00
1835	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	23,26	30,76	30,76	Jaskra		ryczałt	3,20
1836	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,59	27,64	29,30	36,80	31,65	Jaskra		ryczałt	8,35
1837	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,46	30,74	32,58	40,08	31,65	Jaskra		ryczałt	11,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1838	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,34	67,33	71,37	84,87	84,87	Jaskra		ryczałt	8,00
1839	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	2022-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,00	32,40	34,34	41,84	31,65	Jaskra		ryczałt	13,39
1840	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	71,95	77,71	82,37	95,87	94,94	Jaskra		ryczałt	8,93
1841	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	47,00	50,76	53,81	64,20	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	9,83
1842	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,95	89,59	94,96	109,35	109,35	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1843	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,96	89,60	94,98	109,37	109,37	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1844	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	93,00	100,44	106,47	120,86	115,13	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	8,93
1845	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	43,00	46,44	49,23	59,62	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,25
1846	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,00	89,64	95,02	109,41	109,41	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1847	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05995327191980	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	42,50	45,90	48,65	59,04	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	4,67
1848	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05995327192031	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	63,75	68,85	72,99	85,90	85,90	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1849	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05995327192079	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	85,00	91,80	97,31	111,70	111,70	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1850	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	44,00	47,52	50,37	60,76	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	6,39
1851	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	66,00	71,28	75,56	88,47	86,35	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,32
1852	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,13	115,13	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1853	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991510466	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	76,99	83,15	88,14	102,53	102,53	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1854	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,13	115,13	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1855	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991060718	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,72	56,72	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	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
1856	Letrozolum	Clarzole, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990799923	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,72	56,72	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1857	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990710201	<1>2022-01-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	45,00	48,60	51,52	61,54	56,72	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	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	4,82
1858	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg	90 szt.	05909990710256	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	122,00	131,76	139,67	156,03	156,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	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
1859	Letrozolum	Lametta, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2022-01-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,72	56,72	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	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
1860	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powl., 2.5 mg	120 szt.	05909991466138	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	162,80	175,82	186,38	204,47	204,47	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	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
1861	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991466145	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,70	43,96	46,59	56,61	56,61	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	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
1862	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990794683	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,00	43,20	45,79	55,81	55,81	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	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
1863	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22.5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	552,47	596,67	632,47	659,45	565,55	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	103,50
1864	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	1045,11	1128,72	1196,45	1234,60	1131,11	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	122,69
1865	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 3.6 mg	1 implant	05909990836246	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	176,00	190,08	201,48	219,11	188,52	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	33,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1866	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 5 mg	1 implant	05909990836277	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	478,90	517,21	548,24	575,22	565,55	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	19,27
1867	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11.25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	459,00	495,72	525,46	552,44	552,44	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
1868	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	2024-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,42	74,42	Padaczka		ryczałt	3,20
1869	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,07	48,74	Padaczka		ryczałt	15,89
1870	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,72	12,19	Padaczka		ryczałt	10,73
1871	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,26	24,37	Padaczka		ryczałt	11,09
1872	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,25	44,55	47,23	55,30	36,56	Padaczka		ryczałt	21,94
1873	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755	2022-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	84,96	91,76	97,26	108,89	74,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	37,67
1874	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	42,93	46,36	49,15	58,70	48,74	Padaczka		ryczałt	13,52
1875	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,46	23,18	24,57	31,07	24,37	Padaczka		ryczałt	9,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1876	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 - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,00	58,32	61,82	73,45	73,45	Padaczka		ryczałt	3,20
1877	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	83,94	97,49	97,49	Padaczka		ryczałt	7,11
1878	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,52	48,74	Padaczka		ryczałt	6,34
1879	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	2024-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,31	19,77	20,96	27,46	24,37	Padaczka		ryczałt	6,29
1880	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,16	9,89	10,49	14,46	12,19	Padaczka		ryczałt	5,47
1881	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,52	48,74	Padaczka		ryczałt	6,34
1882	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,33	19,80	20,98	27,48	24,37	Padaczka		ryczałt	6,31
1883	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	2024-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,96	59,36	62,92	74,57	73,12	Padaczka		ryczałt	6,78
1884	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,48	29,68	31,46	39,53	36,56	Padaczka		ryczałt	6,17
1885	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	41,60	51,15	48,74	Padaczka		ryczałt	5,97
1886	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	9,81	10,39	14,36	12,19	Padaczka		ryczałt	5,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1887	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,17	19,62	20,80	27,30	24,37	Padaczka		ryczałt	6,13
1888	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,25	29,43	31,20	39,27	36,56	Padaczka		ryczałt	5,91
1889	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672	2024-07-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	51,00	55,08	58,38	70,01	70,01	Padaczka		ryczałt	3,20
1890	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	90,00	97,20	103,03	116,58	97,49	Padaczka		ryczałt	26,20
1891	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,07	48,74	Padaczka		ryczałt	15,89
1892	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,07	48,74	Padaczka		ryczałt	15,89
1893	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,26	24,37	Padaczka		ryczałt	11,09
1894	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	67,50	72,90	77,27	88,92	73,12	Padaczka		ryczałt	21,13
1895	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	33,75	36,45	38,64	46,71	36,56	Padaczka		ryczałt	13,35
1896	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	72,68	78,49	83,20	96,75	96,75	Padaczka		ryczałt	7,11
1897	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	2022-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,80	45,14	47,85	57,40	48,74	Padaczka		ryczałt	12,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1898	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	10,45	11,29	11,97	15,94	12,19	Padaczka		ryczałt	6,95
1899	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	41,60	51,15	48,74	Padaczka		ryczałt	5,97
1900	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	20,90	22,57	23,92	30,42	24,37	Padaczka		ryczałt	9,25
1901	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,51	58,87	62,40	74,05	73,12	Padaczka		ryczałt	6,26
1902	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	31,35	33,86	35,89	43,96	36,56	Padaczka		ryczałt	10,60
1903	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	83,94	97,49	97,49	Padaczka		ryczałt	7,11
1904	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,52	48,74	Padaczka		ryczałt	6,34
1905	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,16	9,89	10,49	14,46	12,19	Padaczka		ryczałt	5,47
1906	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,52	48,74	Padaczka		ryczałt	6,34
1907	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,32	19,79	20,97	27,47	24,37	Padaczka		ryczałt	6,30
1908	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,48	29,68	31,46	39,53	36,56	Padaczka		ryczałt	6,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1909	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	89,33	96,48	102,27	115,82	97,49	Padaczka		ryczałt	25,44
1910	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,07	48,74	Padaczka		ryczałt	15,89
1911	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	12,15	12,88	16,85	12,19	Padaczka		ryczałt	7,86
1912	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,07	48,74	Padaczka		ryczałt	15,89
1913	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,26	24,37	Padaczka		ryczałt	11,09
1914	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	33,75	36,45	38,64	46,71	36,56	Padaczka		ryczałt	13,35
1915	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	2023-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,42	74,42	Padaczka		ryczałt	3,20
1916	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2024-04-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	27,58	29,79	31,57	39,63	37,21	Padaczka		ryczałt	5,62
1917	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	55,83	60,30	63,91	73,46	48,74	Padaczka		ryczałt	28,28
1918	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,96	15,08	15,98	19,95	12,19	Padaczka		ryczałt	10,96
1919	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,92	30,15	31,97	38,47	24,37	Padaczka		ryczałt	17,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1920	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,88	45,23	47,94	56,01	36,56	Padaczka		ryczałt	22,65
1921	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,35	26,30	27,87	34,00	25,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,78
1922	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	08595566452292	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,63	10,40	11,03	14,94	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,52
1923	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,60	10,37	10,99	13,73	8,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,45
1924	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,20	13,18	13,96	17,66	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,87
1925	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,40	15,55	16,48	20,39	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,97
1926	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,92	31,23	33,11	41,07	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,81
1927	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991192600	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,95	36,67	38,87	46,83	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	18,57
1928	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,95	31,27	33,15	41,11	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,85
1929	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,58	17,91	18,98	24,45	22,40	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%	7,89
1930	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,45	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1931	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,57	20,06	21,25	27,38	25,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,82
1932	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,85	30,08	31,88	39,53	37,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,84
1933	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,16	16,37	17,36	22,83	22,40	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%	6,44
1934	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	14,00	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,21
1935	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,10	19,55	20,73	26,86	25,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,28
1936	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,10	29,27	31,03	38,68	37,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,31
1937	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991060589	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	9,81	10,39	14,09	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,30
1938	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,36	16,59	17,58	23,05	22,40	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%	7,37
1939	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,94	19,38	20,54	26,01	22,40	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%	10,33
1940	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781720	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	15,56	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,77
1941	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,45	14,53	15,40	19,10	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1942	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	31,77	39,42	37,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,74
1943	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	75,00	81,00	85,86	97,62	80,42	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	20,76
1944	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	39,30	42,44	44,99	53,15	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	16,14
1945	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	39,30	42,44	44,99	53,15	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	16,14
1946	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	75,00	81,00	85,86	97,62	80,42	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	20,76
1947	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	22,50	27,86	20,10	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	10,96
1948	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	22,50	27,86	20,10	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	10,96
1949	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	39,30	42,44	44,99	53,15	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	16,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1950	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	40,21	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,20
1951	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	56,00	60,48	64,11	75,87	75,87	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
1952	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	14,00	15,12	16,03	21,39	20,10	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,49
1953	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	40,21	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,20
1954	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	59,00	63,72	67,54	80,90	80,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,44
1955	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	36,00	38,88	41,21	49,37	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	12,36
1956	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912	2022-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego	7,47	8,07	8,61	11,97	11,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1957	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,50	10,26	10,88	15,27	15,27	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
1958	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,75	5,13	5,67	8,15	8,15	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56
1959	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	11,88	12,83	13,60	18,75	18,75	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
1960	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,94	6,42	6,96	9,97	9,97	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
1961	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,26	15,40	16,33	22,24	22,24	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1962	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,13	7,70	8,24	11,79	11,79	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1963	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	8,32	8,99	9,53	13,54	13,54	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
1964	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,50	10,26	10,88	15,27	15,27	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
1965	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,13	7,70	8,24	11,79	11,79	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1966	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	3,56	3,84	4,38	6,33	6,28	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,25
1967	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,84	11,71	12,41	16,80	16,75	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,16
1968	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,89	6,36	6,90	9,38	8,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,56
1969	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,35	6,86	7,40	10,14	9,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,74
1970	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	13,55	14,63	15,51	20,66	20,66	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
1971	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,81	7,35	7,89	10,90	10,47	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
1972	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,07	7,64	8,18	11,45	11,45	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
1973	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,56	15,72	16,66	22,57	22,57	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
1974	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,70	8,32	8,86	12,41	12,41	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1975	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,30	10,04	10,65	14,66	14,66	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
1976	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,16	10,97	11,63	16,02	16,02	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
1977	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,99	7,55	8,09	9,51	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,52
1978	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,00	5,40	5,94	6,82	2,09	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1979	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,83	10,62	11,25	13,73	8,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,91
1980	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,28	5,70	6,24	7,66	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,67
1981	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,23	11,05	11,71	15,26	12,57	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,02
1982	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,80	6,26	6,80	8,75	6,28	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,67
1983	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,04	6,52	7,06	9,28	7,37	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,11
1984	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,10	5,51	6,05	8,53	8,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,71
1985	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	2022-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,97	6,45	6,99	10,00	10,00	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
1986	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,30	7,88	8,42	11,97	11,97	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1987	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,80	5,18	5,72	7,14	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,15
1988	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	2022-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,60	4,97	5,51	7,46	6,28	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,38
1989	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,75	7,29	7,83	9,66	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,97
1990	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	2021-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,45	10,21	10,82	14,13	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,74
1991	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691	2021-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	14,19	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,80
1992	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	18,76	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1993	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,38	3,65	4,19	5,28	2,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,28
1994	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	12,13	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,44
1995	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	2023-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,07	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,68
1996	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	16,60	19,91	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,52
1997	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,00	6,48	7,02	8,11	2,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,11
1998	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,30	10,04	10,65	12,38	5,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,08
1999	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	20,06	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,03
2000	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,00	6,48	7,02	8,06	2,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,06
2001	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,80	7,34	7,88	9,61	5,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,31
2002	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	14,31	17,42	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,39
2003	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	4,21	5,25	2,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2004	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,30	13,28	14,08	15,91	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,22
2005	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	24,72	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,33
2006	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,70	18,04	19,12	22,43	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,04
2007	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,60	12,53	13,28	15,11	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,18
2008	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,60	17,93	19,01	22,32	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	15,24
2009	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,60	16,85	17,86	20,97	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	14,35
2010	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	2022-01-01	3 lata	180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu	10,00	10,80	11,45	15,66	15,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2011	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	2024-04-01	3 lata	10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid	4,78	5,16	5,70	8,05	8,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,63
2012	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,60	9,29	9,85	13,66	13,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	4,25
2013	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	12,71	16,62	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,20
2014	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,15	23,92	25,36	31,78	26,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	12,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2015	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,40	38,23	40,52	48,48	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	20,22
2016	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,20	12,10	12,82	16,73	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,31
2017	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,14	23,91	25,35	31,77	26,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	12,93
2018	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,30	35,96	38,12	46,08	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	17,82
2019	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,50	12,42	13,17	17,08	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,66
2020	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,00	11,88	12,59	16,52	14,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	6,72
2021	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,70	11,56	12,25	15,61	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,83
2022	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,61	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,12
2023	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,61	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,12
2024	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,26	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2025	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,57	20,06	21,25	26,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,63
2026	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,28	10,02	10,63	13,79	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,30
2027	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,82	20,33	21,55	26,91	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,93
2028	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	34,44	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,97
2029	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991296940	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,95	5,35	5,89	9,05	9,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	2,72
2030	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,81	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,79
2031	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	11,79	15,15	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,13
2032	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,74	8,36	8,90	12,26	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	4,24
2033	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,27	18,65	19,77	23,13	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2034	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2035	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2036	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,83	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,81
2037	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2038	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,79	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,72
2039	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,83	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,81
2040	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2041	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,79	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,72
2042	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,26	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,28
2043	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,28	10,02	10,63	13,79	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,30
2044	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,82	20,33	21,55	26,91	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2045	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,22	30,48	32,30	39,26	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,79
2046	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,57	20,06	21,25	26,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,63
2047	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,77	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,79
2048	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	11,79	15,15	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,13
2049	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,94	21,54	22,83	28,48	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,43
2050	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,97	10,77	11,42	14,78	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,76
2051	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,65	12,58	13,34	14,64	3,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,19
2052	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,00	12,96	13,74	15,04	3,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2053	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18.5 mg	28 szt.	05909991108670	2024-10-01	3 miesiące	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	185,17	199,98	211,98	230,76	230,76	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2054	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2024-10-01	3 miesiące	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	185,17	199,98	211,98	230,76	230,76	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2055	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2024-10-01	3 miesiące	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	185,17	199,98	211,98	230,76	230,76	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2056	Mazipredonum + Miconazoli nitras	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812	2022-01-01	3 lata	49.0, Mikonazol w skojarzeniu z mazipredonem - do stosowania na skórę	16,00	17,28	18,32	24,25	24,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,13
2057	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101	2023-09-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	5,54	5,98	6,52	9,99	9,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2058	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963	2023-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	5,55	5,99	6,53	10,00	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2059	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	2022-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	7,75	8,37	8,91	12,38	12,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2060	Medroxyprogesteroni acetas	Provera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990155514	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	12,70	13,72	14,54	18,96	16,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,56
2061	Medroxyprogesteroni acetas	Provera, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990236411	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	6,17	6,66	7,20	9,70	8,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,00
2062	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	2024-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	113,00	122,04	129,36	144,89	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,91
2063	Megestroli acetas	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	108,00	116,64	123,64	139,17	139,17	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2064	Megestroli acetas	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	108,00	116,64	123,64	139,17	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2065	Megestroli acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	2022-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	108,00	116,64	123,64	139,17	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2066	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	2024-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	18,75	20,25	21,47	28,11	28,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,65
2067	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	7,50	8,10	8,64	11,55	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,44
2068	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	9,75	10,53	11,17	15,26	15,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,63
2069	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	2024-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,70	9,40	9,96	12,87	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,98
2070	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262	2022-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,15	10,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2071	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279	2022-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	14,39	14,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,20
2072	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	20 szt.	05909990431168	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,27	6,77	7,31	10,22	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,11
2073	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990464425	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	5,79	6,33	7,96	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,41
2074	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990464418	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,50	10,26	10,88	13,79	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,68
2075	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990612406	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	3,25	3,51	4,05	5,68	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,13
2076	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990612420	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	14,39	14,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,20
2077	Meloxicamum	Remolexam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909991343354	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,90	6,37	6,91	9,82	9,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2078	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2022-11-01	3 lata	235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan	92,00	99,36	105,32	119,94	119,94	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2079	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	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1143,00	1234,44	1308,51	1349,80	1223,99	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	129,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2080	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	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	571,00	616,68	653,68	682,81	612,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	74,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2081	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219338	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,00	149,04	157,98	174,69	153,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	24,88
2082	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219307	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	69,00	74,52	78,99	91,69	76,49	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	18,40
2083	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	43,50	53,20	53,20	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2084	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	43,50	53,20	53,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2085	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	35,89	38,76	41,08	49,45	37,46	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	15,19
2086	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	35,00	37,80	40,07	45,93	21,17	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	27,96
2087	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	58,45	63,13	66,92	78,96	74,91	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,61
2088	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	70,00	75,60	80,14	88,90	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	49,76
2089	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	35,35	38,18	40,47	48,87	39,52	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	12,55
2090	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	2022-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	31,63	34,16	36,21	44,97	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,83
2091	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	2022-03-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	65,30	70,52	74,76	86,84	79,03	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,01
2092	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	2022-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	63,25	68,31	72,41	84,97	84,68	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,49
2093	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	29,90	21,17	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2094	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	2022-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	35,50	38,34	40,64	49,40	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	10,26
2095	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	133,80	144,50	153,18	165,26	79,03	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	89,43
2096	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315	2022-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	122,82	132,65	140,61	152,65	74,91	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	81,30
2097	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	2022-05-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	143,00	154,44	163,71	177,07	89,89	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	91,45
2098	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	2022-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	71,00	76,68	81,28	89,49	36,35	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	56,34
2099	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184	2022-11-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	291,19	314,49	333,35	350,71	179,78	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	179,46
2100	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	2024-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	289,31	312,45	331,20	348,56	179,78	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	177,31
2101	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	121,00	130,68	138,52	150,56	74,91	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	79,21
2102	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	2024-10-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	116,86	126,21	133,78	149,82	149,82	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,11
2103	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	2024-10-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	84,68	84,68	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2104	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	2024-10-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	58,43	63,10	66,90	78,94	74,91	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,59
2105	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	2024-10-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	31,50	34,02	36,06	44,82	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,68
2106	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	113,19	122,25	129,58	145,41	145,41	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2107	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	124,00	133,92	141,96	154,52	84,68	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	73,04
2108	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	71,83	77,58	82,23	90,99	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	51,85
2109	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	37,86	40,89	43,34	51,71	37,46	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	17,45
2110	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,00	5,40	5,94	8,36	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,77
2111	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,70	9,40	9,96	14,27	14,27	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2112	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,15	13,12	13,91	19,69	19,69	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2113	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,40	2,59	3,13	4,51	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2114	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,35	4,70	5,24	7,66	7,66	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2115	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,08	6,57	7,11	10,56	10,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2116	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,00	4,32	4,86	6,97	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,55
2117	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,50	8,10	8,64	12,50	12,50	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2118	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	11,83	16,95	16,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2119	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,30	13,28	14,08	16,50	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,91
2120	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	24,60	26,57	28,17	32,48	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	20,11
2121	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,50	24,30	25,76	30,07	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	17,70
2122	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,84	7,39	7,93	9,31	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,62
2123	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,95	13,99	14,83	17,25	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,66
2124	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,00	18,36	19,46	22,91	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2125	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,75	10,53	11,17	13,07	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,43
2126	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,05	19,49	20,66	24,11	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,63
2127	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,05	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,68
2128	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,85	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,26
2129	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,01	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,53
2130	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	35,83	38,70	41,02	47,92	31,14	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	23,18
2131	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	07613421049317	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,96	9,68	10,26	12,68	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,09
2132	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,91	19,34	20,50	24,81	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,44
2133	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,91	19,34	20,50	24,81	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,44
2134	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	07613421049256	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,48	4,84	5,38	6,76	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,07
2135	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,96	9,68	10,26	12,68	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2136	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	07613421049287	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,71	7,25	7,79	9,69	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,05
2137	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,44	14,52	15,39	18,84	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,36
2138	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2022-05-01/<2>2024-07-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,66	22,31	23,65	30,55	30,55	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2139	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2022-05-01/<2>2024-07-01/<3>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,66	22,31	23,65	30,55	30,55	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	9,17
2140	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	6,19	8,61	7,79	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,02
2141	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	6,19	8,61	7,79	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,16
2142	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,98	11,86	12,57	16,88	15,57	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,51
2143	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,98	11,86	12,57	16,88	15,57	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,98
2144	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	18,17	23,95	23,36	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2145	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	18,17	23,95	23,36	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,60
2146	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2022-05-01/<2>2024-07-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	11,83	16,14	15,57	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,77
2147	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2022-05-01/<2>2024-07-01/<3>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	11,83	16,14	15,57	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	5,24
2148	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	3,75	5,13	3,89	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,44
2149	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	3,75	5,13	3,89	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	2,41
2150	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	6,94	9,36	7,79	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,77
2151	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	6,94	9,36	7,79	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,91
2152	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	9,10	12,55	11,68	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,07
2153	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	9,10	12,55	11,68	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2154	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2022-05-01/<2>2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,56	18,96	20,10	26,47	26,47	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2155	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2022-05-01/<2>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,56	18,96	20,10	26,47	26,47	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	7,94
2156	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,39	4,74	5,28	7,39	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,97
2157	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,79	9,49	10,07	13,93	13,24	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,89
2158	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,50	14,58	15,45	20,57	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2159	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990789306	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,80	9,50	10,08	13,94	13,24	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90
2160	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,25	5,67	6,21	8,63	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04
2161	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990789276	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,69	3,99	4,53	5,91	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,22
2162	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990789290	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,10	5,51	6,05	8,16	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,74
2163	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	28,74	31,04	32,90	37,21	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	24,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2164	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,85	7,40	7,94	9,32	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,63
2165	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,37	15,52	16,45	18,87	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,28
2166	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,28	11,10	11,77	13,67	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,03
2167	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,55	23,27	24,67	28,12	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,64
2168	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,53	28,53	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2169	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,00	21,60	22,90	29,80	29,80	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2170	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,29	5,71	6,25	8,67	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2171	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,40	10,15	10,76	15,07	15,07	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2172	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	16,16	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,79
2173	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,59	16,84	17,85	23,63	23,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,07
2174	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,71	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2175	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,71	3,89	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	2,69
2176	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,54	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,36
2177	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,54	7,79	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	4,58
2178	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,89	5,28	5,82	7,93	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,06
2179	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,69	10,47	11,09	14,95	13,24	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,42
2180	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,54	15,70	16,64	21,76	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,39
2181	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,80	11,66	12,37	14,79	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,20
2182	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,50	23,22	24,61	28,92	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,55
2183	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,00	7,56	8,10	9,48	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,79
2184	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,11	15,24	16,16	18,58	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2185	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,17	22,86	24,24	27,69	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,21
2186	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,35	9,02	9,56	11,46	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,82
2187	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,70	18,04	19,12	22,57	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,09
2188	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,05	4,37	4,91	7,33	7,33	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2189	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,17	2,34	2,88	4,26	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2190	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,44	3,72	4,26	6,37	6,37	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2191	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,05	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,68
2192	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,85	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,26
2193	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,01	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,53
2194	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,70	22,36	23,70	30,60	30,60	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2195	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,18	5,59	6,13	8,55	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2196	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	16,16	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,79
2197	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,53	16,77	17,78	23,56	23,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,00
2198	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,36	11,19	11,86	16,17	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,80
2199	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990457212	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,95	3,19	3,73	5,11	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,42
2200	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990457229	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,18	5,59	6,13	8,55	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,96
2201	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,77	8,39	8,93	12,38	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90
2202	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,66	19,07	20,22	26,59	26,47	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,56
2203	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990457311	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,40	4,75	5,29	7,40	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,98
2204	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,25	14,31	15,17	20,29	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,52
2205	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	41,40	44,71	47,39	54,29	31,14	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	29,55
2206	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	14,27	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2207	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,63	23,36	24,76	29,07	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,70
2208	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,36	5,79	6,33	7,71	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,02
2209	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,05	33,53	35,54	41,32	23,36	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	22,76
2210	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,76	8,38	8,92	10,82	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,18
2211	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,87	11,74	12,44	14,86	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,27
2212	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,75	23,49	24,90	29,21	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,84
2213	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,45	5,89	6,43	7,81	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,12
2214	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,90	11,77	12,47	14,89	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,30
2215	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,17	8,82	9,36	11,26	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,62
2216	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,34	17,65	18,71	22,16	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,68
2217	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,53	28,53	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2218	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	5,65	8,07	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,48
2219	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	10,82	15,13	15,13	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2220	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,18	15,31	16,23	22,01	22,01	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2221	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	10,82	15,13	15,13	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2222	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,36	2,55	3,09	4,47	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,78
2223	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	5,65	8,07	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,48
2224	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,09	7,66	8,20	11,65	11,65	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2225	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,07	17,36	18,39	24,76	24,76	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2226	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991488215	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,02	4,34	4,88	6,99	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2227	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991488253	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,03	8,67	9,21	13,07	13,07	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2228	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991488277	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,05	13,01	13,79	18,91	18,91	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2229	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,62	9,31	9,87	12,29	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,70
2230	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,24	18,62	19,73	24,04	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,67
2231	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,31	4,65	5,19	6,57	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,88
2232	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,62	9,31	9,87	12,29	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,70
2233	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,47	6,99	7,53	9,43	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,79
2234	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,94	13,98	14,82	18,27	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,79
2235	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,35	4,70	5,24	6,19	2,29	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopioidowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	6,19
2236	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	15,04	16,24	17,22	22,88	22,88	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopioidowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2237	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,65	5,02	5,56	7,12	4,58	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopioidowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	5,74
2238	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	15,27	16,49	17,49	23,21	23,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2239	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,94	72,30	76,64	88,99	88,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2240	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,25	96,39	102,18	116,19	116,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2241	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,88	144,59	153,26	169,61	169,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2242	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,51	192,79	204,36	222,44	222,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2243	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,13	240,98	255,44	274,80	274,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2244	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,76	289,18	306,54	327,19	327,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2245	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	200,79	216,85	229,87	248,59	248,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2246	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,13	327,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2247	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	334,50	361,26	382,94	405,51	405,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2248	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	401,58	433,71	459,72	484,21	484,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68
2249	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	468,30	505,76	536,11	562,53	562,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2250	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	612,98	641,32	641,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2251	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	602,10	650,27	689,29	719,56	719,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,52
2252	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	669,30	722,84	766,22	797,96	797,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2253	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	735,90	794,77	842,45	875,59	875,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,08
2254	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	803,16	867,41	919,46	954,00	954,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2255	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	16,73	18,07	19,15	24,87	23,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,86
2256	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	22,31	24,09	25,54	32,39	30,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2257	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	27,88	30,11	31,91	39,63	38,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,15
2258	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	33,47	36,15	38,32	46,92	46,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,70
2259	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	39,03	42,15	44,68	54,11	54,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2260	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	44,62	48,19	51,08	61,09	61,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2261	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	50,18	54,19	57,45	68,05	68,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2262	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	55,78	60,24	63,86	75,04	75,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2263	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,93	72,28	76,63	88,98	88,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2264	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,93	72,28	76,63	88,98	88,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2265	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,24	96,38	102,16	116,17	116,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2266	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,86	144,57	153,24	169,59	169,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2267	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,48	192,76	204,33	222,41	222,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2268	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,10	240,95	255,41	274,77	274,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2269	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,13	327,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2270	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,86	144,57	153,24	169,59	169,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2271	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,48	192,76	204,33	222,41	222,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2272	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,13	327,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2273	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	356,96	385,52	408,65	431,86	431,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2274	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	446,20	481,90	510,81	536,59	536,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2275	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	612,98	641,32	641,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2276	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	291,56	314,88	333,77	354,42	354,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2277	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	325,76	351,82	372,93	396,14	396,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2278	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	407,20	439,78	466,16	491,94	491,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2279	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	488,64	527,73	559,40	587,74	587,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2280	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	83,50	90,18	95,59	109,60	109,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2281	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	129,00	139,32	147,68	164,03	164,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2282	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	175,50	189,54	200,91	218,99	218,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2283	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	222,00	239,76	254,15	273,51	273,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2284	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	61,50	66,42	70,41	82,76	82,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2285	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	66,00	71,28	75,56	88,47	88,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	42,67
2286	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2.5 mg	100 szt.	05909991303570	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	17,10	18,47	19,58	25,65	22,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,20
2287	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,15	298,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2288	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	80,80	87,26	92,50	106,51	106,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2289	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12.5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	301,67	325,80	345,35	367,92	367,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2290	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12.5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	101,00	109,08	115,62	130,80	130,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2291	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	363,60	392,69	416,25	440,74	440,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68
2292	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	121,20	130,90	138,75	155,10	155,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2293	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17.5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	422,33	456,12	483,48	509,90	509,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2294	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17.5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	141,40	152,71	161,87	179,31	179,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2295	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	484,80	523,58	555,00	583,34	583,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2296	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	161,60	174,53	185,00	203,08	203,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2297	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	606,00	654,48	693,75	725,49	725,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2298	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	202,00	218,16	231,25	250,61	250,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2299	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	724,00	781,92	828,84	863,38	863,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2300	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,15	298,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2301	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	181,00	195,48	207,21	225,93	225,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2302	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	60,60	65,45	69,38	81,73	81,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2303	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	34,00	36,72	38,92	47,99	47,99	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2304	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	64,00	69,12	73,27	86,24	86,24	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,84
2305	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	18,50	19,98	21,18	27,71	27,71	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2306	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	25,50	27,54	29,19	38,78	38,78	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2307	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	9,50	10,26	10,88	14,88	13,86	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	4,22
2308	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	29,50	31,86	33,77	40,30	27,71	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	15,79
2309	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	59,50	64,26	68,12	77,71	55,42	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	25,49
2310	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	72,00	77,76	82,43	94,13	83,13	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	14,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2311	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	94,50	102,06	108,18	121,77	110,84	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	15,20
2312	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	2022-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	9,70	10,48	11,10	15,23	15,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,62
2313	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	2022-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,00	10,80	11,45	15,58	15,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,97
2314	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	30,00	32,40	34,34	44,02	44,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2315	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	7,02	9,64	8,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,53
2316	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220	2021-11-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	48,60	52,49	55,64	66,55	66,55	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	3,20
2317	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	2022-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,68	24,49	25,96	33,21	33,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2318	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	2022-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	7,02	9,64	8,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,53
2319	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	2024-07-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	11,34	12,25	12,98	17,58	16,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,38
2320	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,69	24,51	25,97	33,22	33,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2321	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	5,98	6,46	7,00	9,62	8,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,51
2322	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	32,30	34,88	36,98	44,50	33,28	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	14,42
2323	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,00	7,56	8,10	10,61	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
2324	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,10	5,51	6,05	7,48	4,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,71
2325	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,20	5,62	6,16	8,67	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2326	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,99	6,47	7,01	9,81	9,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,65
2327	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,97	19,41	20,57	27,07	27,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,31
2328	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,85	21,44	22,72	29,22	29,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,89
2329	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	35,10	37,91	40,19	49,75	49,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,44
2330	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618	2024-07-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,73	9,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,63
2331	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625	2024-07-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,70	19,12	20,26	26,76	26,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,23
2332	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311	2024-07-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	12,30	13,28	14,08	18,94	18,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,11
2333	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2024-07-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	18,45	19,93	21,12	27,62	27,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,46
2334	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,73	9,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2335	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,74	19,16	20,30	26,80	26,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,04
2336	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2022-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	34,85	37,64	39,90	49,46	49,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,84
2337	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	2024-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,53	7,05	7,59	10,39	9,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,52
2338	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	2024-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,45	21,01	22,27	28,77	28,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,63
2339	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	2024-04-01	3 lata	59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	18,00	19,44	20,61	27,05	27,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,18
2340	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	360,00	388,80	412,13	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2341	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2.5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909991449568	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	360,00	388,80	412,13	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2342	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	360,00	388,80	412,13	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2343	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7.5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	360,00	388,80	412,13	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2344	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991500269	2023-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2345	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2.5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991500207	2023-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2346	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991500221	2023-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2347	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7.5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991500245	2023-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2348	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	217,00	234,36	248,42	268,20	268,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2349	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991061210	2024-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	249,66	269,63	285,81	306,62	306,62	Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E)		30%	91,99
2350	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991061227	2024-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	249,66	269,63	285,81	306,62	306,62	Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E)		30%	91,99
2351	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990094813	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	15,50	16,74	17,74	22,53	18,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,56
2352	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990966813	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,00	12,96	13,74	18,53	18,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,56
2353	Moclobemidum	Moklar, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990953714	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	10,50	11,34	12,02	16,81	16,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,04
2354	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366	2024-10-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,60	12,53	13,28	17,36	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,86
2355	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	2024-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	10,84	11,71	12,41	17,02	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,69
2356	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	10,85	11,72	12,42	16,50	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,00
2357	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	22,75	24,57	26,05	33,31	33,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,66
2358	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	20,00	21,60	22,90	29,90	29,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2359	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	2023-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	14,00	15,12	16,03	20,64	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,31
2360	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	2023-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	10,50	11,34	12,02	16,41	15,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,63
2361	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	2024-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,46	12,38	13,12	17,73	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,40
2362	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	9,55	10,31	10,93	15,01	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,51
2363	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	9,55	10,31	10,93	15,01	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,51
2364	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	2024-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	19,10	20,63	21,87	28,50	28,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,25
2365	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	17,52	23,25	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,98
2366	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,59	20,08	21,29	27,02	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,68
2367	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,06	11,94	12,66	15,46	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,06
2368	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,45	14,53	15,40	18,82	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,61
2369	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,86	22,53	23,88	29,61	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,01
2370	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,06	11,94	12,66	15,46	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2371	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,85	14,96	15,85	19,27	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,02
2372	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,72	19,14	20,28	26,01	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,74
2373	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	10,88	13,68	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,17
2374	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	12,10	13,07	13,86	17,28	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,14
2375	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991088255	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,53	14,61	15,49	21,22	21,22	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,37
2376	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	5,41	5,84	6,38	9,18	9,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	2,75
2377	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,77	7,31	7,85	11,27	11,27	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,38
2378	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,15	16,36	17,34	23,07	23,07	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,92
2379	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235	2023-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,60	15,77	16,72	22,45	22,45	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2380	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	17,52	23,25	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,98
2381	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991472023	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,50	15,66	16,60	22,64	22,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,79
2382	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013	2021-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,55	15,71	16,65	22,69	22,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,81
2383	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991472030	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	29,00	31,32	33,20	42,18	42,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,65
2384	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	35,70	38,56	40,87	49,85	49,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	14,98
2385	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	2022-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	10,88	13,68	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,17
2386	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	2022-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,09	9,82	10,41	13,83	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,69
2387	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,40	18,79	19,92	25,65	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,38
2388	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	6,60	7,13	7,67	10,47	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2389	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	8,04	8,68	9,22	12,64	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,50
2390	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,00	19,44	20,61	26,34	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,07
2391	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	9,50	10,26	10,88	13,68	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,17
2392	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	11,99	12,95	13,73	17,15	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,01
2393	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,45	16,69	17,69	23,42	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,15
2394	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	6,45	6,97	7,51	10,31	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,80
2395	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	8,02	8,66	9,20	12,62	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,48
2396	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,35	6,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,77
2397	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,35	6,78	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2398	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,35	67,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,77
2399	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,35	67,78	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57
2400	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,03	111,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2401	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,03	111,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2402	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,15	20,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,02
2403	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,15	20,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,82
2404	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	39,93	39,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2405	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	39,93	39,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2406	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	15,67	19,45	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,75
2407	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	15,67	19,45	12,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,87
2408	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	19,61	25,86	25,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2409	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	19,61	25,86	25,86	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2410	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,66	13,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,30
2411	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,66	13,56	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,10
2412	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	111,00	119,88	127,07	142,70	135,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,55
2413	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	111,00	119,88	127,07	142,70	135,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,15
2414	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,10	271,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,80
2415	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,10	271,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2416	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,69	40,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,22
2417	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,69	40,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,02
2418	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,26	81,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,77
2419	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,26	81,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2420	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	2023-11-01	2 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	16,90	18,25	19,34	25,65	23,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,12
2421	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	2023-11-01	2 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	16,90	18,25	19,34	25,65	23,61	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,04
2422	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,83	70,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2423	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,83	70,83	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2424	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	193,74	209,24	221,79	235,83	110,63	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	128,40
2425	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,70	107,68	114,13	126,18	79,02	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	50,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2426	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,70	107,68	114,13	126,18	79,02	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	50,36
2427	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-07-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,02	79,02	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20
2428	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-07-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,02	79,02	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20
2429	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2022-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,00	62,64	66,40	78,45	78,45	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2430	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt. (blister)	05909990715268	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	65,00	70,20	74,41	86,46	79,02	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	10,64
2431	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,85	66,80	70,80	82,85	79,02	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	7,03
2432	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,85	66,80	70,80	82,85	79,02	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	7,03
2433	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	12,15	12,88	14,51	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,96
2434	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	41,87	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2435	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	62,70	67,72	71,78	80,35	43,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	40,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2436	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	79,80	86,18	91,36	101,35	57,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	46,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2437	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	119,70	129,28	137,03	149,34	86,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	65,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2438	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	152,00	164,16	174,01	188,00	115,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	75,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2439	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	182,63	197,24	209,08	225,39	173,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	56,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2440	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	245,60	265,25	281,17	299,22	231,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	73,60
2441	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powl., 200 µg	28 szt.	05060431940073	2023-01-01	2 lata	253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych	197,00	212,76	225,53	244,68	244,68	Leczenie zaparć indukowanych opioidami u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową i uprzednio leczonych bezskutecznie środkami przeczyszczającymi, u których nie jest stosowany inny antagonista opioidowy zarówno osobno jak i w połączeniu		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2442	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,49	14,57	15,44	19,53	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,68
2443	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	27,24	29,42	31,18	37,82	30,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,24
2444	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,25	7,83	8,37	10,64	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,81
2445	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	20,75	22,41	23,76	29,22	23,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,72
2446	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,53	15,69	16,63	20,72	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,06
2447	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,20	7,78	8,32	10,59	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,76
2448	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	13,74	17,29	12,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2449	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,20	7,78	8,32	10,59	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,76
2450	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186	2023-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	19,54	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,88
2451	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	5,78	6,32	8,59	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,76
2452	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,70	11,56	12,25	16,34	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,68
2453	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	2022-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	8,00	8,64	9,18	11,76	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,34
2454	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	2022-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	12,00	12,96	13,74	18,27	17,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,42
2455	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990466818	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	15,05	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,94
2456	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	9,84	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2457	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,50	16,74	17,74	22,11	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,31
2458	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,90	15,01	15,91	19,07	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,11
2459	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	42,46	33,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,04
2460	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,99	5,39	5,93	7,69	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,88
2461	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,98	10,78	11,43	14,59	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,97
2462	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,97	16,17	17,14	21,51	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,08
2463	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	29,94	32,34	34,28	41,25	33,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2464	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt.	05909990082599	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	9,93	10,72	11,37	14,87	12,50	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	6,12
2465	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	34,34	43,03	43,03	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2466	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	30,00	32,40	34,34	43,03	43,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2467	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,81	70,81	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2468	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	52,00	56,16	59,53	70,81	70,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2469	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,82	34,82	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2470	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2024-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,82	34,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2471	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	7,76	8,38	8,92	10,56	4,57	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2472	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	11,89	12,84	13,61	16,19	7,91	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,48
2473	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	2022-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,20	7,78	8,32	11,69	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2474	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,47	10,23	10,84	14,21	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,27
2475	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,14	8,79	9,33	12,91	12,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2476	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	2024-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,00	17,28	18,32	24,29	24,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2477	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,56	8,16	8,70	12,07	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2478	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,22	16,44	17,42	23,08	23,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2479	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,44	32,88	34,85	43,37	43,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,76
2480	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,43	12,34	13,09	16,46	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,77
2481	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,98	18,34	19,44	25,10	24,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,11
2482	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,18	13,15	13,94	17,31	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,53
2483	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,52	12,44	13,19	16,56	12,14	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2484	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,20	12,10	12,82	16,19	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,25
2485	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865	2022-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	15,96	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,02
2486	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	2023-03-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,90	9,61	10,18	13,55	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,61
2487	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,20	16,42	17,40	23,06	23,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2488	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	2022-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,62	8,23	8,77	12,14	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2489	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	2023-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,05	8,69	9,23	12,81	12,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2490	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	2024-10-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	28,50	30,78	32,63	40,60	40,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2491	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	2024-10-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,50	9,18	9,73	13,31	13,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,50
2492	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,08	14,13	14,97	18,34	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,46
2493	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	8,33	3,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,42
2494	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,98	12,94	13,72	15,99	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2495	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	2022-01-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,70	12,64	13,39	18,09	18,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,05
2496	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694778	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,55	3,83	4,37	5,84	4,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,71
2497	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694785	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,10	7,67	8,21	10,80	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	5,33
2498	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694761	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,20	5,62	6,16	8,75	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	3,28
2499	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694754	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,48	11,32	12,00	16,55	16,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,40
2500	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	16,80	18,14	19,23	23,56	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,20
2501	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	40,00	43,20	45,79	53,60	30,61	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	26,19
2502	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	30,00	32,40	34,34	39,40	15,30	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	27,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2503	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>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	519,22	560,76	594,40	623,70	612,21	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,69
2504	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>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1038,45	1121,53	1188,82	1230,35	1224,42	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,13
2505	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>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>3 lata - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1557,67	1682,28	1783,22	1836,63	1836,63	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2506	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt.	05909990111213	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	11,98	12,94	13,72	17,04	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2507	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt.	05909990111213	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	11,98	12,94	13,72	17,04	11,80	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,24
2508	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,00	56,16	59,53	73,12	73,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2509	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,60	27,65	29,31	38,90	38,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2510	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,00	56,16	59,53	72,80	72,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2511	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,50	83,70	88,72	104,01	104,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2512	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,00	111,24	117,91	135,18	135,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2513	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	39,05	39,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2514	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2022-11-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,80	72,14	76,47	89,74	89,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2515	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991461294	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-11-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,20	72,58	76,93	90,20	90,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2516	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,00	75,60	80,14	93,41	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,75
2517	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2022-11-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,60	144,29	152,95	170,22	170,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2518	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-11-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	134,40	145,15	153,86	171,13	171,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2519	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,80	149,90	158,90	176,17	176,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2520	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	49,36	45,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,63
2521	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,40	74,95	79,44	92,71	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,05
2522	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,50	63,18	66,97	80,24	80,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2523	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,60	63,29	67,09	80,36	80,36	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2524	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,80	86,18	91,36	106,65	106,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2525	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,40	114,91	121,80	139,07	139,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2526	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,25	31,59	33,49	42,78	42,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2527	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,30	31,64	33,54	42,83	42,83	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2528	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	77,85	91,44	91,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2529	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,51	48,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2530	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793365	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,26	75,88	80,44	93,71	91,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,05
2531	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,26	75,88	80,44	93,71	91,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,05
2532	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	241,00	260,28	275,90	296,47	296,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2533	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	251,50	271,62	287,92	308,49	308,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2534	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,73	148,75	157,67	174,94	174,94	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2535	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990793341	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,58	36,27	38,44	47,73	45,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,00
2536	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,50	130,14	137,95	154,23	154,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2537	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	125,00	135,00	143,10	159,38	159,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,23
2538	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,90	40,93	43,38	56,65	56,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2539	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,85	61,40	65,08	80,37	80,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2540	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,95	20,47	21,70	30,99	30,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2541	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,80	77,54	82,20	95,47	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,81
2542	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,20	117,94	125,01	140,30	137,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,99
2543	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	183,96	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,21
2544	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,90	38,77	41,09	50,38	45,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2545	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05901878600451	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,95	60,43	64,05	77,32	77,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2546	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	184,00	198,72	210,64	231,21	231,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2547	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	79,67	79,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2548	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	79,67	79,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2549	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,60	28,73	30,46	39,75	39,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2550	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,32	72,71	77,07	90,34	90,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2551	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,68	34,21	36,27	45,56	45,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2552	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,79	83,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2553	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,55	44,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2554	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,79	83,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2555	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	92,40	99,79	105,78	121,07	121,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2556	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	123,20	133,06	141,04	158,31	158,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2557	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,55	44,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2558	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,00	69,12	73,27	86,54	86,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2559	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	44,78	44,78	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2560	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	286,72	309,66	328,23	349,89	349,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2561	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05909991144265	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	274,20	296,14	313,90	336,18	336,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,80
2562	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,44	91,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,78
2563	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990422241	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,10	80,03	84,83	98,42	98,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2564	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990335374	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,04	156,64	166,04	183,31	183,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2565	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990422258	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	155,40	167,83	177,90	195,52	195,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2566	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	233,10	251,75	266,86	286,81	286,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,60
2567	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	143,36	154,83	164,12	181,39	181,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2568	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991144258	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,10	148,07	156,96	174,58	174,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2569	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,01	38,89	41,22	50,51	45,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,78
2570	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990422265	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,50	41,58	44,07	53,66	49,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,65
2571	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990335350	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,52	78,32	83,02	96,29	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,63
2572	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990422272	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,70	83,92	88,95	102,54	98,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,32
2573	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	116,55	125,87	133,42	149,13	147,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,30
2574	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,32	81,35	86,23	99,50	91,86	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,76
2575	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	2023-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,90	44,17	46,82	60,09	60,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2576	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,90	47,41	50,25	63,52	63,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2577	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,00	59,40	62,96	76,23	76,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2578	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,44	91,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2579	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,44	91,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2580	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,73	222,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,72
2581	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,73	222,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,72
2582	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,43	110,62	117,27	132,56	132,56	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2583	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	267,74	289,16	306,50	327,61	327,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2584	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	136,57	147,50	156,34	173,61	173,61	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2585	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	356,99	385,55	408,68	432,52	432,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,44
2586	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,95	23,71	25,13	34,42	34,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2587	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,68	24,49	25,96	35,25	35,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2588	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,38	45,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,65
2589	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,38	45,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,65
2590	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,48	114,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,85
2591	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,48	114,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2592	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	312,48	337,48	357,73	380,01	380,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,52
2593	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	105,97	98,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,68
2594	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	105,97	98,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,68
2595	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	242,10	261,47	277,16	297,11	295,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,31
2596	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,15	126,52	134,11	149,82	147,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,29
2597	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	351,45	379,57	402,34	425,79	425,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,96
2598	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,20	168,70	178,82	196,44	196,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,76
2599	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	468,60	506,09	536,46	563,41	563,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,28
2600	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,24	168,74	178,86	196,48	196,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2601	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,03	39,99	42,39	51,98	49,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2602	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,35	43,58	46,19	55,78	49,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,79
2603	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,05	130,73	138,57	154,28	147,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,31
2604	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7.5 mg	30 szt.	05909991064617	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,55	59,99	63,59	75,30	73,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,21
2605	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	291,65	314,98	333,88	355,54	355,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
2606	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,75	80,73	85,58	98,85	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,17
2607	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	219,97	237,57	251,82	271,30	271,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,06
2608	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	437,47	472,47	500,82	526,83	526,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2609	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,13	121,10	128,37	143,66	137,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,32
2610	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	329,96	356,36	377,74	400,49	400,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,10
2611	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	583,30	629,96	667,76	698,13	698,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	21,50
2612	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,51	161,47	171,16	188,43	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,61
2613	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	439,94	475,14	503,65	529,66	529,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,13
2614	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,82	157,49	166,94	184,21	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,81
2615	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,37	40,36	42,78	52,07	45,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,41
2616	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,98	118,78	125,91	141,20	137,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,10
2617	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,17	79,02	83,76	97,35	97,35	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2618	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	229,49	247,85	262,72	282,67	282,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,64
2619	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,90	127,33	134,97	150,68	147,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,07
2620	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	346,95	374,71	397,19	420,64	420,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,96
2621	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	162,00	174,96	185,46	203,08	196,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,38
2622	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	466,20	503,50	533,70	560,65	560,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,28
2623	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,29	39,19	41,55	51,14	49,21	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,62
2624	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,21	121,19	128,46	144,17	144,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,32
2625	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,96	77,72	82,38	95,65	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,29
2626	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	183,96	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2627	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	110,88	119,75	126,93	142,22	137,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,02
2628	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	222,60	240,41	254,84	274,32	274,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,06
2629	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,52	161,48	171,17	188,44	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,62
2630	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	299,04	322,96	342,34	364,00	364,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
2631	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,16	36,89	39,11	48,40	45,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,10
2632	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,12	76,81	81,42	94,69	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,43
2633	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,25	62,91	66,69	79,96	79,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2634	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,00	120,96	128,22	145,49	145,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2635	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,80	31,10	32,97	42,26	42,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2636	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686803	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	420,28	453,90	481,14	507,44	507,44	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
2637	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686827	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	605,60	654,05	693,30	724,92	724,92	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
2638	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686834	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	817,60	883,01	935,99	972,46	972,46	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	4,32
2639	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	2024-04-01	1 rok 9 miesięcy	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	141,75	153,09	162,28	177,58	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	83,56
2640	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034	2022-05-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	136,60	147,53	156,38	171,68	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	77,66
2641	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,00	7,56	8,10	11,85	11,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,93
2642	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,98	15,10	16,01	19,76	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,55
2643	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	18,10	19,55	20,73	26,94	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,51
2644	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,20	30,46	32,28	41,46	41,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2645	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,00	11,88	12,59	16,34	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,13
2646	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,00	23,76	25,19	31,40	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	18,97
2647	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,50	8,10	8,64	12,39	12,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,20
2648	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,02	6,50	7,04	9,09	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
2649	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,88	13,91	14,74	18,49	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,28
2650	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	34,63	37,40	39,65	47,69	39,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	27,71
2651	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,50	21,06	22,32	28,53	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	16,10
2652	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,28	4,62	5,16	9,11	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,56
2653	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,98	6,46	7,00	10,75	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,38
2654	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,76	12,70	13,47	19,68	19,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,84
2655	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,00	16,20	17,17	20,92	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2656	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,98	24,82	26,31	32,52	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,09
2657	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,48	14,56	15,43	19,18	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,97
2658	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,80	5,18	5,72	9,47	9,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,74
2659	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	9,18	15,39	15,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,70
2660	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,92	11,79	12,51	16,26	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,05
2661	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	20,90	22,57	23,92	30,13	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,70
2662	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990796533	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	20,90	22,57	23,92	30,13	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,70
2663	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,34	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2664	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	15,95	17,23	18,26	24,17	22,67	Nowotwory złośliwe		ryczałt	4,70
2665	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	25,90	27,97	29,65	38,48	38,48	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2666	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2024-07-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,34	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	2,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2667	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	26,00	28,08	29,76	35,67	22,67	Nowotwory złośliwe		ryczałt	16,20
2668	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	44,00	47,52	50,37	59,20	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	17,06
2669	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	42,50	45,90	48,65	57,48	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	15,34
2670	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	24,96	22,12	Padaczka		ryczałt	6,04
2671	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	46,80	44,24	Padaczka		ryczałt	5,76
2672	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	66,00	71,28	75,56	88,47	88,47	Padaczka		ryczałt	3,20
2673	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,77	38,63	40,95	49,97	44,24	Padaczka		ryczałt	8,93
2674	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	74,00	79,92	84,72	97,63	88,47	Padaczka		ryczałt	12,36
2675	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615	2022-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,77	38,63	40,95	49,97	44,24	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	8,93
2676	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	2022-01-01	3 lata	160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - płynne postacie farmaceutyczne	62,78	67,80	71,87	84,41	84,41	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
2677	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714	2022-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	71,20	76,90	81,51	94,42	88,47	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	9,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2678	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	2022-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	15,10	16,31	17,29	21,88	17,55	Stwardnienie rozsiane		30%	9,60
2679	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	5,66	6,11	6,65	9,27	8,78	Stwardnienie rozsiane		30%	3,12
2680	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	11,32	12,23	12,96	17,55	17,55	Stwardnienie rozsiane		30%	5,27
2681	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	37,09	45,36	35,31	Nowotwory złośliwe		ryczałt	13,25
2682	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	37,09	45,36	35,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,25
2683	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	74,19	86,10	70,62	Nowotwory złośliwe		ryczałt	18,68
2684	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	74,19	86,10	70,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,68
2685	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	129,60	139,97	148,37	164,28	141,23	Nowotwory złośliwe		ryczałt	26,46
2686	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	129,60	139,97	148,37	164,28	141,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,46
2687	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	18,89	24,34	17,65	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,89
2688	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	18,89	24,34	17,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,89
2689	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	296,73	316,89	282,46	Nowotwory złośliwe		ryczałt	41,26
2690	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	296,73	316,89	282,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,26
2691	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	32,79	41,06	35,31	Nowotwory złośliwe		ryczałt	8,95
2692	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	32,79	41,06	35,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,95
2693	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	65,58	77,49	70,62	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,07
2694	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	65,58	77,49	70,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2695	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	131,14	147,05	141,23	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,23
2696	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	131,14	147,05	141,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,23
2697	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	16,39	21,84	17,65	Nowotwory złośliwe		ryczałt	7,39
2698	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	16,39	21,84	17,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,39
2699	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	262,30	282,46	282,46	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,83
2700	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	262,30	282,46	282,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2701	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	31,47	39,74	35,31	Nowotwory złośliwe		ryczałt	7,63
2702	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	31,47	39,74	35,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,63
2703	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,74	63,44	67,24	79,15	70,62	Nowotwory złośliwe		ryczałt	11,73
2704	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,74	63,44	67,24	79,15	70,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,73
2705	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	124,50	134,46	142,53	158,44	141,23	Nowotwory złośliwe		ryczałt	20,62
2706	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	124,50	134,46	142,53	158,44	141,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,62
2707	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,80	17,06	18,09	23,54	17,65	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,09
2708	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,80	17,06	18,09	23,54	17,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,09
2709	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	296,73	316,89	282,46	Nowotwory złośliwe		ryczałt	41,26
2710	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	296,73	316,89	282,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2711	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	67,96	73,40	77,80	90,93	90,93	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2712	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	143,22	154,68	163,95	181,08	181,08	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2713	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	286,44	309,36	327,92	349,43	349,43	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2714	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	33,98	36,70	38,90	48,09	45,47	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	2,62
2715	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	30,30	32,72	34,69	43,88	43,88	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2716	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	60,60	65,45	69,38	82,51	82,51	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2717	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	121,20	130,90	138,75	155,88	155,88	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2718	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	17,10	18,47	19,58	25,79	22,73	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	3,06
2719	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	76,00	82,08	87,00	100,13	90,93	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	9,20
2720	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	136,00	146,88	155,69	172,82	172,82	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2721	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	272,00	293,76	311,39	332,90	332,90	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2722	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	34,00	36,72	38,92	48,11	45,47	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	2,64
2723	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,50	485,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2724	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,08	729,08	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2725	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,03	365,03	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2726	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,50	485,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2727	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,08	729,08	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2728	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009089	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	196,00	211,68	224,38	243,50	243,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2729	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009072	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,03	365,03	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2730	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. 1 ml	05909991475468	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,50	485,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2731	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. 1,5 ml	05909991475475	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,08	729,08	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2732	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. 0,75 ml	05909991475420	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,03	365,03	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2733	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg	1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły	05909991281465	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1108,78	1197,48	1269,33	1310,68	1280,81	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	29,87
2734	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg	1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły	05909991281472	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1475,56	1593,60	1689,22	1738,38	1704,50	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	33,88
2735	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg	1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły	05909991281489	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	2213,33	2390,40	2533,82	2598,69	2556,75	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	41,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2736	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	470,00	507,60	538,06	563,35	487,00	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	76,35
2737	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	715,95	773,23	819,62	850,83	730,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	120,33
2738	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	352,47	380,67	403,51	425,72	365,25	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	60,47
2739	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2022-09-01/<2>2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,38	48,38	<2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	14,51
2740	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2022-09-01/<2>2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,38	48,38	<1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2741	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,06	8,70	9,24	11,29	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,18
2742	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,97	15,09	15,99	19,74	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,53
2743	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt.	05909991246525	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,20	17,50	18,54	24,75	24,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,38
2744	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,20	3,46	4,00	5,20	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2745	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991246532	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	32,40	34,99	37,09	46,27	46,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	23,14
2746	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,27	6,77	7,31	9,36	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,25
2747	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,34	3,61	4,15	5,35	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,80
2748	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,68	7,21	7,75	9,80	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,69
2749	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,02	6,50	7,04	9,09	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
2750	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,03	12,99	13,77	17,52	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,31
2751	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,42	4,77	5,31	7,36	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,25
2752	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,48	9,16	9,71	13,46	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,25
2753	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,99	7,55	8,09	10,14	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,03
2754	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,90	15,01	15,91	19,66	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,45
2755	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,35	5,78	6,32	8,37	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2756	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,70	11,56	12,25	16,00	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,79
2757	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,13	15,26	16,18	21,44	19,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,45
2758	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,26	30,52	32,36	40,40	39,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,42
2759	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,89	12,84	13,61	17,36	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,15
2760	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,00	6,48	7,02	9,07	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,96
2761	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,78	7,32	7,86	11,61	11,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,81
2762	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,80	7,34	7,88	11,63	11,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,82
2763	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,00	12,96	13,74	17,49	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,28
2764	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,56	14,64	15,52	21,73	21,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,87
2765	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,60	14,69	15,57	21,78	21,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,89
2766	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	23,78	25,68	27,23	33,44	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	21,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2767	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,00	4,32	4,86	6,91	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,80
2768	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,79	9,49	10,07	13,82	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,61
2769	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	9,18	12,93	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,72
2770	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,58	18,99	20,12	26,33	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,90
2771	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,45	3,73	4,27	6,32	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,21
2772	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,71	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,50
2773	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,06	5,46	6,00	8,05	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,94
2774	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,15	10,96	11,62	15,37	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,16
2775	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,30	4,64	5,18	7,23	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,12
2776	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,40	9,07	9,61	13,36	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,15
2777	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,70	9,40	9,96	13,71	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2778	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,20	4,54	5,08	7,13	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,02
2779	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,30	8,96	9,50	13,25	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,04
2780	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,90	4,21	4,75	6,80	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,69
2781	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,71	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,50
2782	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,71	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,50
2783	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,82	14,93	15,82	22,03	22,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,02
2784	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,89	7,44	7,98	10,03	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,92
2785	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,87	9,58	10,15	13,90	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,69
2786	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,78	14,88	15,78	19,53	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,32
2787	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,95	6,43	6,97	9,02	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,91
2788	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,90	12,85	13,62	17,37	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2789	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,00	12,96	13,74	17,79	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,91
2790	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,20	14,26	15,11	19,16	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,28
2791	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	26,40	28,51	30,22	36,81	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,06
2792	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	05909991323615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,30	8,96	9,50	13,55	13,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,07
2793	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05909991323646	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,60	25,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,68
2794	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05909990798360	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	27,66	29,87	31,67	40,43	40,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,13
2795	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,50	9,18	9,73	13,78	13,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,13
2796	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,50	14,58	15,45	19,50	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,62
2797	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	27,00	29,16	30,91	37,50	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,75
2798	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,40	14,47	15,34	19,39	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,51
2799	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,75	11,61	12,31	16,36	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,48
2800	Patiromer calcium	Veltassa, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 8,4 g	30 sasz.	07640166811459	2024-04-01	2 lata	270.0, Leki stosowane w leczeniu hiperkaliemii i hiperfosfatemii - patiromer	806,00	870,48	922,71	958,91	958,91	Leczenie hiperkaliemii u dorosłych pacjentów w przebiegu przewlekłej choroby nerek w stopniu 3b-5, u chorych przyjmujących leki z grupy inhibitorów układu renina-angiotensyna-aldosteron (inhibitory ACE oraz inhibitory receptora dla angiotensyny)		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2801	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217	2023-03-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	60,00	64,80	68,69	80,91	80,91	Choroba Wilsona		ryczałt	3,20
2802	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	6,90	7,45	7,99	11,33	11,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2803	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	13,80	14,90	15,80	21,42	21,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2804	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,00	2,16	2,70	3,55	2,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,49
2805	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	2023-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,80	3,02	3,56	5,16	5,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2806	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,35	3,62	4,16	6,01	6,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2807	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	8,97	9,69	10,27	13,61	12,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,23
2808	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,51	2,71	3,25	4,10	2,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,04
2809	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2023-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	4,48	4,84	5,38	7,23	6,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,04
2810	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	24,37	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,98
2811	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	24,37	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,98
2812	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	12,36	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,67
2813	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	12,36	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,67
2814	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	26,21	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	20,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2815	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,25	6,75	7,29	8,38	2,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,38
2816	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	14,31	16,14	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,45
2817	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,85	10,64	11,28	13,11	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,42
2818	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	35,32	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,94
2819	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,73	19,15	20,29	22,12	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,49
2820	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	19,76	20,95	24,26	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,87
2821	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	19,76	20,95	24,26	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,87
2822	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	9,88	10,48	12,31	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,62
2823	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	28,39	31,70	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,31
2824	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	28,39	31,70	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,31
2825	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	18,61	20,44	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2826	Perindoprilum arginin um + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	18,61	20,44	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,75
2827	Perindoprilum arginin um + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,05	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	35,66
2828	Perindoprilum arginin um + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,69	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,00
2829	Perindoprilum arginin um + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,05	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	35,66
2830	Perindoprilum arginin um + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,69	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,00
2831	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2023-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	5,75	6,21	6,75	8,80	6,91	Padaczka		ryczałt	5,09
2832	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	2022-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	4,00	4,32	4,86	6,91	6,91	Padaczka		ryczałt	3,20
2833	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	35,36	38,19	40,48	49,88	49,88	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
2834	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	42,42	45,81	48,57	57,11	46,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	13,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2835	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	24,03	25,95	27,51	35,10	34,80	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	3,50
2836	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	25,69	27,75	29,41	37,17	37,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2837	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	12,33	13,32	14,12	19,00	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2838	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519	2024-04-01	3 lata	156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina	10,00	10,80	11,45	15,66	15,66	Padaczka		ryczałt	2,88
2839	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	2024-04-01	3 lata	25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion	40,83	44,10	46,74	56,76	56,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
2840	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	12,50	13,50	14,31	19,24	19,24	Jaskra		30%	5,77
2841	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	18,62	20,11	21,32	27,67	23,52	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,21
2842	Pitolisantum	Wakix, tabl. powl., 18 mg	30 szt.	03760254600377	2024-07-01	1 rok 6 miesięcy	238.1, Inne leki działające na układ nerwowy – pitolisant	815,48	880,72	933,56	969,98	969,98	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		ryczałt	3,20
2843	Pitolisantum	Wakix, tabl. powl., 4.5 mg	30 szt.	03760254600360	2024-07-01	1 rok 6 miesięcy	238.1, Inne leki działające na układ nerwowy – pitolisant	815,48	880,72	933,56	969,98	969,98	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		ryczałt	3,20
2844	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	2022-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	248,42	268,20	268,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2845	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	704,57	704,57	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20
2846	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	597,50	645,30	684,02	715,45	715,45	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2847	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	706,86	706,86	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20
2848	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	704,57	704,57	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2849	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	17,40	18,79	19,92	26,18	23,05	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	10,05
2850	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.05 mg	30 szt.	05909991238582	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,60	46,01	48,77	58,93	56,45	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	19,42
2851	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.57 mg	30 szt.	05909991238629	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,00	68,04	72,12	84,68	84,68	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	25,40
2852	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1 mg	30 szt.	05909991238667	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	85,20	92,02	97,53	111,69	111,69	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	33,51
2853	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	8,90	9,61	10,18	13,03	9,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,16
2854	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	25,00	27,00	28,62	36,26	36,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2855	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	9,85	10,62	1,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,56
2856	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	9,85	10,62	1,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,21
2857	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	21,41	25,74	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,52
2858	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	21,41	25,74	15,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,64
2859	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	35,54	30,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,78
2860	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	35,54	30,06	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2861	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	29,76	37,57	37,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>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	4,80
2862	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	29,76	37,57	37,57	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2863	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	12,94	15,37	7,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,95
2864	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	12,94	15,37	7,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,07
2865	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	17,38	18,77	19,89	26,43	26,10	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,53
2866	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	74,40	80,35	85,17	98,78	98,78	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2867	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	77,80	84,02	89,07	102,68	102,68	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2868	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	78,12	84,37	89,43	103,04	103,04	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2869	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	10,00	10,80	11,45	15,46	13,05	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,61
2870	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	37,20	40,18	42,58	52,19	52,19	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2871	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	79,72	86,10	91,26	105,17	105,17	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2872	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	39,86	43,05	45,63	55,54	55,54	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2873	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	24,00	25,92	27,48	38,51	38,51	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2874	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	29,00	31,32	33,20	46,81	46,81	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2875	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	36,00	38,88	41,21	56,24	56,24	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,98
2876	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	13,44	14,52	15,39	21,93	21,93	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2877	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	19,00	20,52	21,75	31,36	31,36	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2878	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	98,00	105,84	112,19	126,86	126,86	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,73
2879	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	49,00	52,92	56,10	66,77	65,24	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2880	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	50,00	54,00	57,24	68,31	68,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2881	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	48,00	51,84	54,95	62,59	34,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,80
2882	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	96,00	103,68	109,90	120,97	68,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	53,79
2883	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	81,60	88,13	93,42	104,49	68,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,96
2884	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	24,00	25,92	27,48	32,41	17,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	16,68
2885	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	2024-04-01	3 lata	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	12,90	13,93	14,76	16,61	5,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,22
2886	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	29,00	31,32	33,20	40,84	34,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,25
2887	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	30,00	32,40	34,34	41,98	34,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,39
2888	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon	5,19	5,61	6,15	8,65	8,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
2889	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909991033507	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,60	3,89	4,43	5,36	2,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	5,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2890	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	05909991033590	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,64	6,09	6,63	9,30	9,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	3,20
2891	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,60	3,89	4,43	5,36	2,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	4,82
2892	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,64	6,09	6,63	9,30	9,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	2,88
2893	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2022-01-01	3 lata	113.0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazynamid	125,00	135,00	143,10	159,61	159,61	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
2894	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	104,01	118,56	118,56	Miastenia		ryczałt	5,33
2895	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	104,01	118,56	118,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,57
2896	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg	60 tabl.	05909990910762	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,00	39,96	42,36	51,72	44,41	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,51
2897	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg	60 tabl.	05909990910779	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,00	79,92	84,72	98,08	88,82	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,46
2898	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	05909990897780	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	5,83	6,37	8,47	5,55	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,12
2899	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,50	32,94	34,92	44,28	44,28	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2900	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,00	66,96	70,98	84,34	84,34	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2901	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,15	5,55	Schizofrenia	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,80
2902	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	93,00	100,44	106,47	121,83	121,83	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2903	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	85,48	85,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2904	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,00	103,68	109,90	125,26	125,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2905	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,00	140,40	148,82	166,18	166,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2906	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990806362	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,80	36,50	38,70	48,06	44,41	Schizofrenia	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,85
2907	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990806386	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,60	73,01	77,39	90,75	88,82	Schizofrenia	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,13
2908	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990806355	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	8,36	5,55	Schizofrenia	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,01
2909	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990722365	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,75	35,37	37,50	46,86	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2910	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990722426	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	65,50	70,74	74,98	88,34	88,34	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2911	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990722327	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	98,25	106,11	112,48	127,84	127,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2912	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990055562	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	38,49	40,80	50,16	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,95
2913	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990055593	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,29	75,91	80,47	93,83	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,21
2914	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990055531	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	5,83	6,37	8,47	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,12
2915	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990055630	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,14	113,55	120,37	135,73	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,31
2916	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,05	56,21	59,58	70,94	66,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,53
2917	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,40	74,95	79,44	92,80	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,18
2918	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	104,10	112,43	119,18	134,54	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,12
2919	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,80	149,90	158,90	176,26	176,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2920	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,35	18,74	19,86	26,22	22,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,22
2921	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,10	63,83	67,66	79,69	74,01	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,88
2922	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990058778	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,60	19,01	20,15	26,51	22,20	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,51
2923	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,70	39,64	42,01	51,37	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,16
2924	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	118,00	127,44	135,09	151,12	148,03	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,42
2925	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990058754	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,70	37,48	39,72	49,08	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,87
2926	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,50	77,22	81,85	95,21	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,59
2927	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	26,70	18,50	Schizofrenia	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,40
2928	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,95	112,27	119,01	134,37	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2929	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,40	42,55	45,10	54,46	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,25
2930	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,00	84,24	89,29	102,65	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,03
2931	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,50	5,94	6,48	8,58	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,23
2932	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	79,22	92,58	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,96
2933	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,80	112,10	118,83	134,19	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,77
2934	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,40	149,47	158,44	175,80	175,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2935	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,65	9,34	9,90	13,75	11,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,85
2936	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,70	37,48	39,72	49,08	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,87
2937	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,41	74,96	79,46	92,82	88,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2938	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,82	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,47
2939	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	104,11	112,44	119,19	134,55	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,13
2940	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,24	55,34	58,65	70,01	66,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,60
2941	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,32	73,79	78,21	91,57	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,95
2942	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,48	110,68	117,32	132,68	132,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2943	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	132,00	142,56	151,11	168,47	168,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2944	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,30	18,68	19,81	26,17	22,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,17
2945	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,00	41,04	43,50	52,86	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,65
2946	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,00	61,56	65,25	76,61	66,61	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2947	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,00	82,08	87,00	100,36	88,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,74
2948	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,48	5,92	6,46	8,56	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,21
2949	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	114,00	123,12	130,51	145,87	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,45
2950	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,41	56,60	59,99	71,35	66,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,94
2951	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,00	75,60	80,14	93,50	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,88
2952	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,00	113,40	120,20	135,56	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,14
2953	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,00	151,20	160,27	177,63	177,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2954	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990965335	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,65	9,34	9,90	13,75	11,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,85
2955	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991498870	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,28	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2956	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909991498887	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	77,85	91,21	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,59
2957	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991498856	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,33	4,68	5,22	7,32	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,97
2958	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,99	39,95	42,35	51,71	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,45
2959	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,99	78,83	83,56	96,92	88,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,17
2960	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,19	5,61	6,15	8,25	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,31
2961	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,09	117,82	124,89	140,25	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,65
2962	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,33	37,08	39,30	48,66	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,45
2963	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,67	74,16	78,61	91,97	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,35
2964	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,00	111,24	117,91	133,27	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,85
2965	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991087180	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,00	71,28	75,56	88,92	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2966	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991087258	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	99,00	106,92	113,34	128,70	128,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2967	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991087005	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	25,25	22,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,25
2968	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,80	12,74	13,51	15,83	7,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,02
2969	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	11,79	13,13	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,16
2970	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	19,27	7,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	15,68
2971	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,68	25,57	27,11	31,28	15,71	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	24,10
2972	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	7,99	8,53	9,37	1,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	9,37
2973	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	10,03	10,64	16,22	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
2974	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,32	10,07	10,67	16,25	16,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
2975	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,40	18,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2976	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	34,71	34,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2977	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	6,59	9,90	9,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
2978	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,48	12,40	13,14	18,72	18,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2979	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,38	21,38	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
2980	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,90	7,45	7,99	11,30	11,30	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
2981	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,73	15,91	16,86	22,44	22,44	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	12,80
2982	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990337958	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,67	3,96	4,50	6,33	5,89	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	3,64
2983	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,33	7,92	8,46	11,77	11,77	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
2984	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,00	14,04	14,88	20,18	20,18	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	10,76
2985	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	16,11	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
2986	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	16,11	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
2987	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	10,03	10,64	16,22	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2988	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	17,03	17,03	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	12,80
2989	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,30	4,64	5,18	7,01	5,89	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	3,89
2990	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,64	7,17	7,71	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2991	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,64	7,17	7,71	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2992	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	7,18	7,72	11,03	11,03	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	6,40
2993	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	7,18	7,72	11,03	11,03	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	6,40
2994	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,00	7,56	8,10	11,41	11,41	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	5,76
2995	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,62	14,71	15,60	20,90	20,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,76
2996	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,79	15,97	16,93	22,23	22,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,96
2997	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,86	44,13	46,77	56,85	56,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	32,26
2998	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	11,03	11,69	16,00	16,00	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	8,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2999	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990924608	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	4,21	5,94	5,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,28
3000	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,81	7,35	7,89	11,00	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,37
3001	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,29	7,87	8,41	11,52	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,84
3002	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,43	22,06	23,39	30,29	30,29	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	16,13
3003	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	10,70	16,00	16,00	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
3004	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2.5 mg	28 szt.	05909991093280	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,45	2,65	3,19	4,92	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3005	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,70	5,08	5,62	8,73	8,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3006	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,00	11,88	12,59	17,89	17,89	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	11,95
3007	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,50	5,94	6,48	9,59	9,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3008	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	13,39	14,19	19,49	19,49	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	11,95
3009	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,59	19,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3010	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,59	19,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3011	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,59	19,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3012	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,59	19,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3013	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,58	13,59	14,40	19,70	19,70	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
3014	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,60	13,61	14,43	19,73	19,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3015	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	22,25	22,00	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	12,20
3016	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990478217	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,82	7,37	7,91	9,64	5,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,34
3017	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,89	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	5,97
3018	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,89	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	5,97
3019	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,89	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	5,97
3020	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,53	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3021	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	19,96	19,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3022	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,95	13,99	14,83	20,13	20,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3023	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,10	14,15	15,00	20,30	20,30	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	11,95
3024	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,40	15,55	16,48	22,06	22,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3025	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,08	46,53	49,31	59,73	59,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3026	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990610440	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,60	3,89	4,43	6,26	5,89	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	3,57
3027	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	90 szt.	05909991004378	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,77	11,63	12,33	16,85	16,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,60
3028	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,39	6,90	7,44	10,55	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3029	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,40	6,91	7,45	10,56	10,56	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	5,97
3030	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,49	7,01	7,55	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3031	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,20	7,78	8,32	11,63	11,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3032	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,54	23,26	24,66	31,81	31,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	19,20
3033	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	12,94	17,49	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,36
3034	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,65	6,10	6,64	9,23	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,16
3035	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	12,94	17,49	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,36
3036	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,65	6,10	6,64	9,23	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,16
3037	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,68
3038	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	25,55	32,73	32,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,84
3039	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,78
3040	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,68
3041	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,68
3042	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	25,55	32,73	32,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3043	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,78
3044	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,68
3045	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	12,79	17,34	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,69
3046	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,78
3047	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	12,79	17,34	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,69
3048	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,78
3049	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,20
3050	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,09
3051	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,20
3052	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,09
3053	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,45	11,29	11,97	13,70	5,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3054	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,40	14,47	15,34	18,45	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,42
3055	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,40	11,23	11,90	15,21	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,82
3056	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,49	8,09	8,63	10,46	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	7,77
3057	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	8,05	8,59	10,32	5,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,02
3058	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,53	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,50
3059	Relugolixum	Orgovyx, tabl. powl., 120 mg	30 szt.	05055565785270	2024-01-01	2 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów	368,00	397,44	421,29	448,96	448,96	Nowotwory złośliwe - zaawansowana postać hormonozależnego raka gruczołu krokowego u pacjentów dorosłych		bezpłatny do limitu	0,00
3060	Relugolixum + Estradiolum + Norethisterone acetate	Ryeqo, tabl. powl., 40+1+0,5 mg	28 szt.	05997001370742	2024-04-01	2 lata	78.3, Hormony podwzgórza i przysadki - antygonadotropiny w skojarzeniu z analogami hormonów	302,00	326,16	345,73	368,19	368,19	Leczenie do dwóch lat ciężkich objawów mięśniaków macicy w postaci nasilonych krwawień u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, po weryfikacji histologicznej endometrium, niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego, po nieskutecznym leczeniu zachowawczym objawów lekami zawierającymi pochodne o działaniu gestagennym		30%	110,46
3061	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	115,00	124,20	131,65	147,58	141,75	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,25
3062	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	230,00	248,40	263,30	283,49	283,49	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3063	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	143,75	155,25	164,57	182,05	175,57	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,83
3064	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	287,50	310,50	329,13	351,13	351,13	Gruźlica, w tym również gruźlica 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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3065	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990928156	2024-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	145,00	156,60	166,00	183,52	183,52	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20
3066	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,95	6,43	6,97	9,32	7,42	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,10
3067	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,00	16,20	17,17	22,81	22,27	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,74
3068	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	29,00	31,32	33,20	40,84	37,11	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,93
3069	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,00	32,40	34,34	42,84	42,84	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
3070	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	45,00	48,60	51,52	62,02	62,02	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,84
3071	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	57,50	62,10	65,83	78,05	78,05	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,12
3072	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990044481	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,05	6,53	7,07	9,42	7,42	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3073	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990044344	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,30	13,28	14,08	18,29	14,85	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,64
3074	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990044252	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,10	20,63	21,87	27,51	22,27	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,44
3075	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990044146	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	26,20	28,30	29,99	36,78	29,69	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,29
3076	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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu	91,09	98,38	104,28	118,84	118,84	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3077	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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu	140,40	151,63	160,73	177,90	177,90	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3078	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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu	190,71	205,97	218,32	237,01	237,01	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3079	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990336524	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,50	7,02	7,56	9,91	7,42	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3080	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990336548	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,50	21,06	22,32	27,96	22,27	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,89
3081	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990336487	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,80	13,82	14,66	18,87	14,85	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,22
3082	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990336500	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	38,40	41,47	43,96	52,46	44,54	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,12
3083	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990336555	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,95	19,39	20,55	26,19	22,27	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,12
3084	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990336579	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	53,85	58,16	61,65	72,15	66,80	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,19
3085	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990336586	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	25,60	27,65	29,31	36,10	29,69	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,61
3086	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990336609	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	76,80	82,94	87,92	100,14	89,07	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,19
3087	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990670413	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	7,67	10,02	7,42	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3088	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	32,00	34,56	36,63	44,27	37,11	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,36
3089	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990670512	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,20	14,26	15,11	19,32	14,85	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,67
3090	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990670611	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,10	22,27	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,03
3091	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990670710	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
3092	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058227	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	111,09	119,98	127,18	141,74	118,84	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	26,10
3093	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058128	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	171,03	184,71	195,79	212,96	178,26	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	37,90
3094	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058029	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	222,20	239,98	254,37	273,06	237,68	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	38,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3095	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990567683	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,64	7,17	7,71	10,06	7,42	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,84
3096	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990567737	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,92	15,03	15,94	20,15	14,85	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,50
3097	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990567935	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,60	22,25	23,59	29,23	22,27	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,16
3098	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990568031	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	28,00	30,24	32,05	38,84	29,69	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,35
3099	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,50	5,94	6,48	8,83	7,42	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,61
3100	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,39	13,38	14,18	19,11	18,56	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,75
3101	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	16,80	14,85	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,15
3102	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	24,79	26,77	28,38	36,02	36,02	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3103	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05907594033344	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,90	12,85	13,62	18,38	17,26	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	3,89
3104	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05907594033399	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,99	26,99	28,61	36,25	36,25	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	9,79
3105	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05907594033412	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	74,97	80,97	85,83	99,47	99,47	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	26,86
3106	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05907594033443	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,32	35,99	38,15	47,22	47,22	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	12,75
3107	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05903060626812	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,50	29,70	31,48	39,12	36,25	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	13,75
3108	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05903060626829	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,40	39,31	41,67	50,74	48,33	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	16,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3109	Rivaroxabanum	Rixacam, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05900411011570	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	12,50	13,50	14,31	19,07	17,26	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	5,01
3110	Rivaroxabanum	Rixacam, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05900411011549	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,99	26,99	28,61	36,25	36,25	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	10,88
3111	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991355258	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,90	12,85	13,62	18,38	17,26	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	4,32
3112	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991355470	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,99	26,99	28,61	36,25	36,25	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	10,88
3113	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991355593	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,32	35,99	38,15	47,22	47,22	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	14,17
3114	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991492311	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	21,00	22,68	24,04	31,68	31,68	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	9,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3115	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909991492342	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	63,00	68,04	72,12	85,76	85,76	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	25,73
3116	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991492465	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	28,00	30,24	32,05	41,12	41,12	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	12,34
3117	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 10 mg	15 szt.	05909991435509	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	17,25	18,63	19,75	26,17	25,89	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	3,48
3118	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991435561	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,15	26,08	27,65	35,29	35,29	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	10,59
3119	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991435646	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	32,20	34,78	36,86	45,93	45,93	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	13,78
3120	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909990658145	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	74,50	80,46	85,29	90,05	17,26	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	75,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3121	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,30	112,64	119,40	127,04	36,25	<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%	101,67
3122	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	312,90	337,93	358,20	371,84	108,75	<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%	295,72
3123	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,30	112,64	119,40	128,47	48,33	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	94,64
3124	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	13,00	14,04	14,88	19,64	17,26	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	5,02
3125	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,30	29,48	31,26	38,90	36,25	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	12,18
3126	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,40	39,31	41,67	50,74	48,33	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	15,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3127	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13.3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	2022-11-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	147,80	159,62	169,20	177,67	43,02	Choroba Alzheimera		30%	147,56
3128	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	2022-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	56,60	61,13	64,80	69,10	14,88	Choroba Alzheimera		30%	58,68
3129	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	2024-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	107,50	116,10	123,07	130,08	30,73	Choroba Alzheimera		30%	108,57
3130	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	2024-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	107,50	116,10	123,07	130,08	30,73	Choroba Alzheimera		30%	108,57
3131	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	2022-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	116,95	126,31	133,89	140,90	30,73	Choroba Alzheimera		30%	119,39
3132	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h	30 sasz.	05909991032609	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	188,16	203,21	215,41	223,88	43,02	Choroba Alzheimera		30%	193,77
3133	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4.6 mg/24h	30 sasz.	05909990066704	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	70,87	76,54	81,13	85,43	14,88	Choroba Alzheimera		30%	75,01
3134	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 sasz.	05909990066766	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	135,01	145,81	154,56	161,57	30,73	Choroba Alzheimera		30%	140,06
3135	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990700646	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	13,25	14,93	4,78	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3136	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5 mg	28 szt.	05909990700660	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	13,25	14,93	4,78	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,58
3137	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,21	20,75	21,99	24,99	9,56	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,30
3138	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,21	20,75	21,99	24,99	9,56	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,30
3139	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,90	40,93	43,38	48,52	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,14
3140	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,42	41,49	43,99	49,13	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,75
3141	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990700738	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,81	31,11	32,98	37,17	14,34	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,13
3142	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	28 szt.	05909990700745	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,81	31,11	32,98	37,17	14,34	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,13
3143	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	56 szt.	05909990700769	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	56,90	61,45	65,13	71,89	28,68	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	51,81
3144	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990700752	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,62	62,23	65,97	72,73	28,68	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3145	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,42	41,49	43,99	49,13	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,75
3146	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,42	41,49	43,99	49,13	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,75
3147	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	75,90	81,97	86,89	94,79	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,02
3148	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	76,83	82,98	87,96	95,86	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	69,09
3149	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990782048	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,57	10,34	10,95	12,63	4,78	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	9,28
3150	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	56 szt.	05909990782055	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,13	20,66	21,90	24,90	9,56	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,21
3151	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	18,80	20,30	21,52	24,52	9,56	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,83
3152	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,60	40,61	43,05	48,19	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,81
3153	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990782147	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,20	29,38	31,14	35,33	14,34	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3154	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990782154	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,00	61,56	65,25	72,01	28,68	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	51,93
3155	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,60	40,61	43,05	48,19	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,81
3156	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	75,20	81,22	86,09	93,99	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	67,22
3157	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990982981	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	6,60	7,13	7,67	9,35	4,78	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	6,00
3158	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,20	14,26	15,11	18,11	9,56	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,42
3159	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,40	28,51	30,22	35,36	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,98
3160	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990983308	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,80	21,38	22,67	26,86	14,34	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,82
3161	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990983322	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	39,60	42,77	45,34	52,10	28,68	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	32,02
3162	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,40	28,51	30,22	35,36	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3163	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	52,80	57,02	60,45	68,35	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,58
3164	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	16,00	17,28	18,32	21,32	9,56	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,63
3165	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,00	32,40	34,34	39,48	19,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,10
3166	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990778973	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,70	46,12	48,88	55,64	28,68	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,56
3167	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	55,10	59,51	63,08	70,98	38,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	44,21
3168	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	19,95	21,55	22,84	29,93	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	9,44
3169	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	40,20	43,42	46,02	56,36	56,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,91
3170	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	84,60	91,37	96,85	111,19	111,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,36
3171	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	28,50	30,78	32,63	39,72	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,23
3172	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	57,00	61,56	65,25	75,59	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,61
3173	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	114,00	123,12	130,51	144,85	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	62,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3174	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.25 mg	210 szt.	05909990731954	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,40	27,43	29,07	35,93	27,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,72
3175	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt.	05909990731985	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,40	5,83	6,37	8,36	5,49	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,52
3176	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,19	11,01	11,66	15,28	10,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,59
3177	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,30	21,92	23,24	29,26	21,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,90
3178	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,00	45,36	48,08	58,10	54,89	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,68
3179	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	24,00	25,92	27,48	34,57	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,08
3180	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	49,00	52,92	56,10	66,44	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	25,46
3181	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	95,00	102,60	108,76	123,10	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,14
3182	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	22,00	23,76	25,19	32,28	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,79
3183	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,30	56,48	59,88	70,22	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,24
3184	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	105,00	113,40	120,20	134,54	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	52,58
3185	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,27	31,61	33,51	40,60	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,11
3186	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,54	63,22	67,01	77,35	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3187	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,08	126,45	134,03	148,37	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,41
3188	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,26	31,60	33,50	40,59	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,10
3189	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,53	63,21	67,00	77,34	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,36
3190	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,07	126,44	134,02	148,36	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,40
3191	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	26,40	28,51	30,22	37,31	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,82
3192	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,80	57,02	60,45	70,79	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,81
3193	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	106,30	114,80	121,69	136,03	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	54,07
3194	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt.	05909990013685	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,37	5,80	6,34	8,33	5,49	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,49
3195	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,19	11,01	11,66	15,28	10,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,59
3196	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	21,51	23,23	24,62	30,64	21,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	15,28
3197	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	53,68	57,97	61,45	71,47	54,89	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,05
3198	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	26,99	29,15	30,90	37,99	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	17,50
3199	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	54,42	58,77	62,31	72,65	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3200	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	108,35	117,02	124,04	138,38	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	56,42
3201	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,00	31,32	33,20	40,29	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,80
3202	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	72,50	78,30	83,00	95,83	87,82	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,36
3203	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991537166	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,90	42,01	44,53	54,87	54,87	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,46
3204	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,98	42,10	44,63	54,97	54,97	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,49
3205	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,00	62,64	66,40	76,74	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	35,76
3206	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	145,00	156,60	166,00	182,83	175,63	Choroba i zespół Parkinsona		30%	59,89
3207	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991533922	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	77,80	84,02	89,07	103,41	103,41	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,02
3208	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	77,96	84,20	89,25	103,59	103,59	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,08
3209	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	116,00	125,28	132,80	147,14	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	65,18
3210	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	290,00	313,20	331,99	353,17	351,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	107,28
3211	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	26,40	28,51	30,22	37,31	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,82
3212	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,80	57,02	60,45	70,79	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3213	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	105,60	114,05	120,90	135,24	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	53,28
3214	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,27	5,69	6,23	8,72	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,21
3215	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,54	11,38	12,06	16,47	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,45
3216	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,08	22,77	24,13	31,15	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,35
3217	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,80	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,05
3218	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,73	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,90
3219	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,03	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31
3220	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,11	22,80	24,17	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
3221	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,90	6,37	6,91	9,40	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,89
3222	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991519605	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,60	6,05	6,59	9,23	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,33
3223	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991519612	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,58	24,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,37
3224	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,10	17,39	18,44	24,70	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,41
3225	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,80	12,74	13,51	17,92	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3226	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991496579	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	12,14	16,76	16,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,03
3227	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,15	12,04	12,77	17,39	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,59
3228	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991509415	2023-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,53	45,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,66
3229	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991496586	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,80	34,34	36,41	45,65	45,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,70
3230	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,20	34,78	36,86	46,10	46,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,83
3231	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,47	31,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,44
3232	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,95	3,19	3,73	5,15	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,40
3233	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,05	8,69	9,23	13,02	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,17
3234	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,67	6,12	6,66	9,30	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,06
3235	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,49	9,17	9,72	13,51	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,19
3236	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	12,42	13,17	17,79	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,39
3237	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,99	18,35	19,45	25,71	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,21
3238	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,70	24,52	25,98	33,26	33,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3239	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	3,07	3,61	5,11	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,94
3240	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,36	5,79	6,33	8,82	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3241	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,64	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,06
3242	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,64	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,06
3243	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,47	31,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,50
3244	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,47	31,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,50
3245	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,72	46,14	48,90	59,14	59,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,97
3246	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,65	2,86	3,40	4,82	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,86
3247	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,80	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,96
3248	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991475079	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,98	5,38	5,92	8,41	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,90
3249	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991475086	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,96	10,76	11,40	15,81	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,79
3250	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991475093	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,92	21,51	22,81	29,83	29,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,95
3251	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991475062	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,49	2,69	3,23	4,65	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3252	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,92	6,39	6,93	9,42	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,91
3253	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,18	18,55	19,67	25,93	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,23
3254	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,88	9,59	10,16	13,72	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,46
3255	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,25	23,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,73
3256	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,77	27,83	29,51	37,28	37,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,18
3257	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,84	12,79	13,55	17,96	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
3258	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,36	37,11	39,33	48,57	48,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,57
3259	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,77	19,19	20,35	26,28	23,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,76
3260	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,00	34,56	36,63	45,48	45,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,64
3261	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	51,54	55,66	59,00	70,24	70,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,07
3262	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,69	25,59	27,12	34,14	31,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,11
3263	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	68,72	74,22	78,67	91,88	91,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,56
3264	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,96	3,20	3,74	5,16	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3265	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	9,28	9,84	13,63	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,78
3266	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,80	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,29
3267	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,38	16,61	17,60	23,53	23,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,06
3268	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,64	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,62
3269	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	30,77	33,23	35,23	44,08	44,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,22
3270	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,15	22,84	24,21	31,23	31,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,37
3271	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	61,55	66,47	70,46	83,15	83,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,95
3272	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,64	2,85	3,39	4,81	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,06
3273	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,73	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,90
3274	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	12,14	16,55	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,98
3275	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,95	8,59	9,13	12,69	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,99
3276	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,12	23,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
3277	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,03	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3278	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,06	31,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,39
3279	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,12	23,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
3280	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,79	34,33	36,40	45,25	45,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,22
3281	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,06	31,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,39
3282	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,00	45,36	48,08	58,32	58,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,75
3283	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,80	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,85
3284	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,73	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,90
3285	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785	2022-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,65	6,10	6,64	9,13	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,62
3286	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,85	17,12	18,14	24,07	23,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,55
3287	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,38	27,41	29,05	36,82	36,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,05
3288	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839	2022-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,30	12,20	12,94	17,35	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,33
3289	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,14	45,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,54
3290	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	50,76	54,82	58,11	69,35	69,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3291	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,06	31,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,32
3292	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,19	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,23
3293	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3294	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,40	18,79	19,92	23,85	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,89
3295	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3296	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,19	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,23
3297	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3298	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,83	18,18	19,27	23,20	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,24
3299	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3300	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,40	18,79	19,92	23,85	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,89
3301	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3302	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,75	13,28	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,90
3303	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,25	26,56	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,69
3304	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,75	13,28	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,90
3305	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,25	26,56	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,69
3306	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,75	13,28	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3307	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,25	26,56	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,69
3308	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,74	14,23	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,78
3309	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,74	14,23	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,78
3310	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,74	14,23	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,78
3311	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,46	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,50
3312	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,49	28,46	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,57
3313	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,46	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,50
3314	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,49	28,46	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,57
3315	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl. powl., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763	2024-01-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,80	18,14	19,23	23,16	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,20
3316	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,46	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,50
3317	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,49	28,46	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,57
3318	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,98	20,50	21,73	23,80	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,52
3319	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,43	26,38	27,97	30,90	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,46
3320	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	2023-09-01	2 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,33	25,20	26,71	35,18	35,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,55
3321	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	2024-04-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,10	8,75	9,29	12,30	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3322	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	20,50	22,14	23,47	26,48	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,07
3323	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	34,43	37,18	39,42	44,57	21,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	28,68
3324	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego	6,50	7,02	7,56	10,56	10,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3325	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	6,54	7,06	7,60	10,61	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3326	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	45,35	48,98	51,92	62,36	58,16	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,66
3327	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	116,90	116,32	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,98
3328	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	45,35	48,98	51,92	62,36	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,40
3329	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	68,05	73,49	77,90	90,89	87,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,45
3330	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	51,40	55,51	58,84	69,28	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,32
3331	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	58,00	62,64	66,40	76,84	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,88
3332	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2022-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	12,44	13,44	14,25	19,16	19,16	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3333	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,07	404,07	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,22
3334	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,07	404,07	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,22
3335	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,07	404,07	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,22
3336	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 12 mg	28 szt.	05909991089313	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	220,00	237,60	251,86	271,38	271,38	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3337	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 16 mg	28 szt.	05909991089412	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	293,50	316,98	336,00	357,70	357,70	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
3338	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 4 mg	30 szt.	05909991089214	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	74,48	80,44	85,27	98,88	98,88	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
3339	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,36	14,43	15,29	21,88	21,88	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,56
3340	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,68	7,21	7,75	11,80	11,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,54
3341	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991483807	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,45	13,45	14,26	20,64	20,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,19
3342	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	18,55	20,03	21,23	27,61	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,17
3343	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,28	10,02	10,63	14,50	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,28
3344	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685	2024-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	19,90	21,49	22,78	29,37	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,66
3345	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692	2024-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,62	10,39	11,02	15,07	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,67
3346	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,60	25,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,68
3347	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,38	9,05	9,59	13,64	13,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,09
3348	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,68	13,69	14,52	20,90	20,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3349	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,58	14,67	15,54	22,13	22,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,64
3350	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	38,04	41,08	43,55	54,96	54,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,49
3351	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,34	6,85	7,39	11,26	11,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,38
3352	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,79	7,33	7,87	11,92	11,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,58
3353	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	19,02	20,54	21,77	29,66	29,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,90
3354	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,10	15,23	16,15	22,53	22,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,76
3355	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,05	7,61	8,15	12,02	12,02	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,61
3356	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,90	18,25	19,34	25,93	25,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,78
3357	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,45	9,13	9,68	13,73	13,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,12
3358	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	18,90	20,41	21,63	28,22	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,47
3359	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,75	9,45	10,02	14,07	14,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,22
3360	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990994816	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,55	12,47	13,22	17,27	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,39
3361	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	22,40	24,19	25,64	32,02	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3362	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,20	13,18	13,96	17,83	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,61
3363	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	25,98	28,06	29,74	36,12	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,68
3364	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,98	15,10	16,01	19,88	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,66
3365	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	2023-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	6,24	6,74	7,28	10,13	9,61	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	3,40
3366	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	2023-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,48	13,48	14,29	19,21	19,21	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	5,76
3367	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	2022-11-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	37,44	40,44	42,87	52,51	52,51	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	15,75
3368	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,80	13,82	14,66	17,51	9,61	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,78
3369	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	19,05	23,97	19,21	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,52
3370	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,92	53,91	57,15	66,79	57,63	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	26,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3371	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,59	2,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,62
3372	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,00	10,80	11,45	13,33	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,40
3373	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,50	17,82	18,89	22,30	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,43
3374	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,60	6,05	6,59	8,37	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,70
3375	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,20	12,10	12,82	16,02	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3376	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,31	4,65	5,19	6,25	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3377	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,10	8,75	9,29	11,07	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,40
3378	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,20	17,50	18,54	21,74	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,40
3379	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990941025	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	3,46	4,00	5,06	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,91
3380	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990941124	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,40	6,91	7,45	9,23	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3381	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,66	5,03	5,57	7,35	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,68
3382	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,32	10,07	10,67	13,87	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,53
3383	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,15	5,56	6,10	7,21	2,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,24
3384	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,30	11,12	11,79	13,67	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,74
3385	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	19,76	20,95	24,36	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3386	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990731565	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	1,80	1,94	2,48	4,26	4,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,28
3387	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990731671	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,60	3,89	4,43	7,63	7,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,29
3388	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	3,08	3,62	4,68	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,85
3389	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,07	4,40	4,94	6,72	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,05
3390	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,35	4,70	5,24	7,12	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3391	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,37	7,96	8,50	11,70	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,36
3392	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,54	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,14
3393	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,92	11,79	12,51	14,29	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,56
3394	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,40	22,03	23,35	26,55	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,29
3395	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	5,62	6,68	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3396	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,98	10,78	11,43	13,21	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,54
3397	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	21,52	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,18
3398	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,44	4,80	5,34	6,40	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,57
3399	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,36	10,11	10,71	12,49	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,82
3400	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990055722	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,73	10,51	11,13	12,91	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3401	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,43	11,26	11,94	13,82	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,89
3402	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,58	18,99	20,12	23,53	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,66
3403	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990365913	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,00	5,40	5,94	7,00	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,17
3404	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990366026	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	13,22	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,55
3405	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990769124	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,50	21,06	22,32	25,52	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3406	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2><5>2024-07-01/<3>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3><4><6>3 lata/<2><5>6 miesięcy - dla kolumny 15	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	422,59	456,40	483,79	510,04	510,04	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitelioidnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3407	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2><5>2024-07-01/<3>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3><4><6>3 lata/<2><5>6 miesięcy - dla kolumny 15	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	845,20	912,82	967,58	1004,68	1004,68	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitelioidnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3408	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05901812162564	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,23	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,89
3409	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990055920	2024-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	58,05	62,69	66,45	73,18	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	52,72
3410	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991480509	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,23	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,77
3411	Sitagliptinum	Juzina, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05907594032880	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,00	35,64	37,78	44,51	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	24,05
3412	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05995327182650	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,55	22,19	23,52	30,25	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,79
3413	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05995327182667	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	41,10	44,39	47,06	56,91	56,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,07
3414	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	03838989721473	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,50	29,70	31,48	38,21	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3415	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	03838989721466	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	13,40	14,47	15,34	19,50	14,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,27
3416	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991424558	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,34	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,40
3417	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05907626709803	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,50	35,10	37,21	43,94	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	23,48
3418	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991421137	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,34	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,89
3419	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991420970	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,31	11,13	11,80	15,96	14,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,16
3420	Sitagliptinum	Sitagliptin Aurovitas, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991497477	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,23	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,77
3421	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05903792662263	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,23	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,77
3422	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05903792662294	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	13,50	14,58	15,45	19,61	14,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	9,38
3423	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991470883	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	18,00	19,44	20,61	27,34	27,34	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%	8,20
3424	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991481131	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,34	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,88
3425	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991473174	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,00	37,80	40,07	46,80	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	26,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3426	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991473105	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	17,50	18,90	20,03	24,19	14,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	13,96
3427	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05905669739351	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,60	22,25	23,59	30,32	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,86
3428	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,73	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,27
3429	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,08	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,66
3430	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,08	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,66
3431	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,08	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,66
3432	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,50	35,10	37,21	43,94	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	23,48
3433	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,00	37,80	40,07	46,80	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	26,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3434	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,40	33,91	35,94	42,67	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	22,21
3435	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	2024-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	58,05	62,69	66,45	73,18	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	52,72
3436	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,00	35,64	37,78	44,75	31,32	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	22,83
3437	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	35,49	42,46	31,32	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,54
3438	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	41,87	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,41
3439	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	41,87	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,41
3440	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,98	30,22	32,03	38,76	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,30
3441	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,98	30,22	32,03	38,76	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3442	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	37,50	40,50	42,93	49,90	31,32	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	27,98
3443	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05909991483197	2024-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,50	32,94	34,92	41,89	31,32	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	19,97
3444	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	53,78	58,08	61,57	68,54	31,32	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	41,96
3445	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,98	22,66	24,02	30,75	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,75
3446	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,98	22,66	24,02	30,75	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,75
3447	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,73	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,27
3448	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,73	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,27
3449	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906414003758	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,00	32,40	34,34	41,90	35,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,97
3450	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906414003741	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,00	16,20	17,17	22,03	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,56
3451	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,19	29,37	31,13	38,69	35,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,38
3452	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991349226	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,59	14,68	15,56	20,42	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3453	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991461393	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,98	25,90	27,45	35,01	35,01	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,50
3454	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991461317	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,99	12,95	13,73	18,59	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,12
3455	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991405960	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,50	19,98	21,18	28,74	28,74	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,62
3456	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991405991	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	55,50	59,94	63,54	77,10	77,10	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	23,13
3457	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991405922	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,25	9,99	10,59	15,45	15,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,64
3458	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991405953	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,75	29,97	31,77	41,33	41,33	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,40
3459	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991339135	2023-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,25	26,19	27,77	35,33	35,33	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,60
3460	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991422394	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,90	10,69	11,33	16,19	16,19	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,86
3461	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991314620	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,25	26,19	27,77	35,33	35,33	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,60
3462	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2022-11-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,00	27,00	28,62	36,18	35,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	11,25
3463	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,50	26,46	28,05	35,61	35,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,68
3464	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,25	13,23	14,03	18,89	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,42
3465	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991371777	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,96	25,88	27,43	34,99	34,99	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3466	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991371753	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,98	12,94	13,72	18,58	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,11
3467	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	32,05	39,61	35,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,68
3468	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	16,03	20,89	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,42
3469	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,30	28,40	30,11	37,67	35,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,74
3470	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,44	14,52	15,39	20,25	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,78
3471	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	32,05	39,61	35,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,68
3472	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	16,03	20,89	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,42
3473	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909991382315	2024-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	77,00	83,16	88,15	102,18	102,18	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	30,65
3474	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,20	29,38	31,14	38,70	35,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	13,77
3475	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	100 szt.	05909991382285	2024-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	38,50	41,58	44,07	54,10	54,10	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,23
3476	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,60	14,69	15,57	20,43	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,96
3477	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Beplasot, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05901720141095	2024-10-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,40	22,03	23,35	30,22	30,22	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3478	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164	2024-07-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	27,79	30,01	31,82	38,69	30,34	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	15,70
3479	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Tamsunorm Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05397258000926	2024-07-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,50	22,14	23,47	30,34	30,34	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,10
3480	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	2022-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	11,45	15,45	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,03
3481	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	2022-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,60	6,05	6,59	8,80	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,59
3482	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1.5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,95	15,07	15,97	20,26	15,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,53
3483	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	19,58	24,61	19,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,95
3484	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,10	16,31	17,29	22,96	22,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,89
3485	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,00	15,12	16,03	20,98	20,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,97
3486	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	6,50	7,02	7,56	9,42	6,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3487	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	25,40	27,43	29,07	36,74	36,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	11,02
3488	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,50	9,18	9,73	13,10	12,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,69
3489	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	17,20	18,58	19,69	24,64	20,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	9,57
3490	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,30	4,64	5,18	6,54	4,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,37
3491	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,50	8,10	8,64	12,01	12,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,24
3492	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,00	16,20	17,17	22,84	22,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,16
3493	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,20	9,94	10,53	14,76	14,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,99
3494	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	08595566454760	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	12,00	12,96	13,74	18,69	18,69	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%	5,61
3495	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	20 szt.	08595566454715	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	2,40	2,59	3,13	4,49	4,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	1,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3496	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,50	15,66	16,60	22,27	22,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,68
3497	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,30	4,64	5,18	6,54	4,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,74
3498	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,20	8,86	9,40	12,77	12,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,36
3499	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat doustny, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521	2023-07-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	332,88	359,51	381,08	401,89	306,62	Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E)		30%	187,26
3500	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	625,00	675,00	715,50	747,56	738,69	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	12,07
3501	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232	2024-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	625,00	675,00	715,50	747,56	738,69	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	12,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3502	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1250,00	1350,00	1431,00	1477,37	1477,37	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	3,20
3503	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263	2024-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1250,00	1350,00	1431,00	1477,37	1477,37	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	3,20
3504	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	15,50	16,74	17,74	23,53	23,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,77
3505	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	14,42	15,57	16,51	21,99	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,00
3506	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,40	14,47	15,34	20,82	20,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,41
3507	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,40	14,47	15,34	20,82	20,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,41
3508	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,40	14,47	15,34	20,82	20,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,41
3509	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2>2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,45	14,53	15,40	20,88	20,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3510	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	14,42	15,57	16,51	21,99	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,00
3511	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,26	8,92	9,46	15,25	15,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	6,87
3512	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	7,88	8,51	9,05	10,84	5,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	7,28
3513	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	22,55	28,03	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,34
3514	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	22,55	28,03	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,34
3515	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	41,75	45,09	47,80	58,17	56,18	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,19
3516	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	41,75	45,09	47,80	58,17	56,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,84
3517	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,15	28,09	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,26
3518	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	21,00	22,68	24,04	31,15	28,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3519	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,80	47,30	50,14	60,51	56,18	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,53
3520	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,80	47,30	50,14	60,51	56,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,18
3521	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,90	23,65	25,07	32,18	28,09	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,29
3522	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,90	23,65	25,07	32,18	28,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,52
3523	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,15	28,09	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,26
3524	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,15	28,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,49
3525	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,05	4,37	4,91	6,21	3,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	2,42
3526	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,76	6,22	6,76	9,48	9,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	0,00
3527	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,10	3,35	3,89	4,71	1,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	2,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3528	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>3 miesiące - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,21	5,63	6,17	7,47	3,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,68
3529	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>3 miesiące - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,65	10,42	11,05	13,77	9,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	4,29
3530	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>3 miesiące - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	5,56	1,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,66
3531	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0.5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	2024-01-01	2 lata	255.0, Szczepionki przeciw pneumokokom	227,13	245,30	260,02	280,12	280,12	Profilaktyka osób powyżej 65 r.ż. ze zwiększonym (umiarkowanym do wysokiego) ryzykiem choroby pneumokokowej tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą wątroby, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, implantem ślimakowym, wyciekiem 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%	140,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3532	Szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem)	Shingrix, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 50 µg	1 fiol. proszku + 1 fiol. 0,5 ml zawiesiny	05909991364885	2024-01-01	2 lata	269.0, Szczepionki przeciw półpaścowi	628,00	678,24	718,93	751,06	751,06	Profilaktyka półpaśca i neuralgii półpaścowej u pacjentów w wieku 65 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu litego, reumatoidalnym zapaleniem stawów, łuszczycą, łuszczycowym zapaleniem stawów, nieswoistym zapaleniem jelit, zesztywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, stwardnieniem rozsianym, toczniem układowym.		50%	375,53
3533	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strz.	05909990064748	2023-11-01	2 lata	254.0, Szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)	226,00	244,08	258,72	278,78	278,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	139,39
3534	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909990051052	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	57,92	57,29	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,83
3535	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,58	114,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3536	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	282,54	305,14	323,45	344,67	343,74	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	4,13
3537	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	475,17	513,18	543,97	570,70	570,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3538	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909990783489	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	31,16	33,65	35,67	46,03	46,03	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3539	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	62,32	67,31	71,34	85,70	85,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3540	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	311,62	336,55	356,75	383,48	383,48	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3541	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0.5 mg	30 szt.	07613421037024	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	34,50	37,26	39,50	49,86	49,86	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3542	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	69,00	74,52	78,99	93,35	93,35	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3543	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	138,00	149,04	157,98	176,44	176,44	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3544	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	207,00	223,56	236,97	258,19	258,19	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3545	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	345,00	372,60	394,96	421,69	421,69	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3546	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.75 mg	30 szt.	05909991192709	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	94,81	102,39	108,54	123,26	122,76	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,70
3547	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	128,91	139,22	147,57	164,08	163,69	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3548	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	405,95	438,43	464,73	489,49	489,49	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3549	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	534,29	577,03	611,66	640,36	640,36	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,66
3550	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909991148713	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	57,92	57,29	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,83
3551	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,58	114,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3552	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	475,17	513,18	543,97	570,70	570,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3553	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	2023-03-01	2 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	49,50	53,46	56,67	64,67	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,86
3554	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	2023-03-01	1 rok 8 miesięcy	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,70	70,96	75,21	83,54	37,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	56,95
3555	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990331017	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,10	9,83	10,42	15,55	15,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3556	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	13,20	14,26	15,11	20,24	20,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3557	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990622726	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	19,05	23,97	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,96
3558	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05906414001501	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,97	53,97	57,21	66,85	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,82
3559	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	120 szt.	05900411005920	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	66,65	71,98	76,30	87,37	76,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	21,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3560	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05900411005883	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	23,99	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,18
3561	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05900411005906	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,99	53,99	57,23	66,87	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,96
3562	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990045006	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,00	18,36	19,46	24,38	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,37
3563	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909990900794	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	51,00	55,08	58,38	68,02	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,99
3564	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990894598	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,33	17,64	18,69	23,61	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,60
3565	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909990894642	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	47,41	51,20	54,27	63,91	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	15,88
3566	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909991496791	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,90	10,69	11,33	16,25	16,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3567	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909991470685	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,97	10,77	11,42	16,34	16,34	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3568	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990573585	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,46	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3569	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991496807	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,70	32,08	34,00	43,64	43,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3570	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991470692	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,91	32,30	34,24	43,88	43,88	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3571	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909990573592	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	48,60	52,49	55,64	65,28	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	17,25
3572	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990586196	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,81	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
3573	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990573257	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,70	18,04	19,12	24,04	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,03
3574	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990048007	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	23,99	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98
3575	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909991092184	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,50	53,46	56,67	66,31	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,28
3576	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990044382	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,81	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
3577	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991136321	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,00	38,88	41,21	50,85	50,85	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3578	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909991332709	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,10	10,91	11,57	16,49	16,49	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3579	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0.4 mg	30 szt.	05909990980451	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	23,99	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98
3580	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990570386	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,14	14,19	15,04	19,96	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,95
3581	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 szt.	05907626708400	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	26,26	28,36	30,07	37,71	37,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
3582	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05907626708417	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	39,40	42,55	45,10	54,74	54,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3583	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	09008732011845	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,98	10,78	11,43	16,35	16,35	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3584	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990565948	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,40	18,79	19,92	24,84	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,83
3585	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990570690	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,38	12,29	13,02	17,94	17,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3586	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	08595566453992	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,50	10,26	10,88	15,80	15,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3587	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	08595566454036	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	28,50	30,78	32,63	42,27	42,27	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3588	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990430895	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,75	18,09	19,18	24,10	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,09
3589	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990847808	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,58	17,91	18,98	23,90	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,89
3590	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990566068	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,65	17,98	19,06	23,98	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,97
3591	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 szt.	05909990566075	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,30	35,96	38,12	45,76	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,74
3592	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05907587609235	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,95	53,95	57,19	66,83	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,80
3593	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	16,65	17,98	19,06	23,98	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,97
3594	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	33,30	35,96	38,12	45,76	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,74
3595	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	49,95	53,95	57,19	66,83	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3596	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	9,98	10,78	11,43	16,35	16,35	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3597	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990716418	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,41	18,80	19,93	24,85	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,84
3598	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990219070	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,70	19,12	20,26	25,18	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,17
3599	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	176,76	190,90	202,36	220,65	206,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	14,58
3600	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	265,14	286,35	303,53	324,49	309,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	15,39
3601	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	339,36	366,51	388,50	412,13	412,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3602	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	401,54	433,66	459,68	485,98	485,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3603	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	88,17	95,22	100,94	115,15	103,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	12,12
3604	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,25	9,99	10,59	13,75	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,26
3605	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,88	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,90
3606	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,63	26,60	28,20	33,56	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3607	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,23	13,21	14,00	17,16	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,67
3608	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,36	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,38
3609	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,75	8,37	8,91	12,07	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,58
3610	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,00	16,20	17,17	22,53	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,55
3611	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	8,10	8,64	11,80	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,31
3612	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,19	16,41	17,39	22,75	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,77
3613	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,58	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,09
3614	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,93	15,04	15,95	21,31	21,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,39
3615	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,40	16,63	17,63	22,99	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,01
3616	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,20	19,66	20,83	26,19	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,21
3617	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,47	9,15	9,70	12,86	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3618	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,94	18,30	19,40	24,76	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,78
3619	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,60	8,21	8,75	11,91	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,42
3620	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,99	11,87	12,58	15,74	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,43
3621	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,68	20,17	21,38	26,74	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,58
3622	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,98	23,74	25,16	30,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,99
3623	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,36	40,35	42,77	50,93	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,87
3624	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,98	12,94	13,72	16,88	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,39
3625	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,96	25,88	27,43	32,79	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,81
3626	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,90	7,45	7,99	11,15	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,66
3627	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,97	7,53	8,07	11,23	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,74
3628	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,46	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3629	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,16	21,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,35
3630	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,34	21,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,40
3631	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,90	19,33	20,49	25,85	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,87
3632	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,16	21,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,35
3633	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,34	21,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,40
3634	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,99
3635	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,60	29,81	31,60	39,76	39,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,93
3636	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	31,95	40,11	40,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
3637	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,80	38,66	40,99	49,15	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,19
3638	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,61	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,12
3639	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,30	25,16	26,68	32,04	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3640	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	38,79	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,32
3641	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,98	14,02	14,86	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3642	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,26	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,28
3643	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,85	14,96	15,85	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,45
3644	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,96	28,04	29,72	37,88	37,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,36
3645	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,60	50,33	53,35	61,51	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	31,55
3646	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,94	42,06	44,58	54,74	54,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,42
3647	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	55,60	60,05	63,66	73,82	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	28,88
3648	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,95	9,67	10,25	13,41	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,92
3649	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,99	15,11	16,02	21,38	21,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
3650	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,90	19,33	20,49	25,85	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3651	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,98	30,22	32,03	40,19	40,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,06
3652	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,77	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,28
3653	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,59	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,61
3654	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	9,00	12,16	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,20
3655	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	9,00	12,16	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,20
3656	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	17,94	23,30	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,49
3657	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	17,94	23,30	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,49
3658	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,94	9,66	10,24	13,40	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,91
3659	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,94	9,66	10,24	13,40	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,91
3660	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,65	16,90	17,92	23,28	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,30
3661	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,48	25,36	26,88	33,84	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3662	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,88	19,31	20,47	25,83	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,85
3663	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	43,99	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,03
3664	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	63,91	63,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,17
3665	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,88	19,31	20,47	25,83	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,85
3666	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	43,99	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,03
3667	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	63,91	63,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,17
3668	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	25,64	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3669	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	25,64	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3670	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,03	31,35	33,23	38,59	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,61
3671	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,70	32,08	34,00	39,36	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	24,38
3672	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,48	12,40	13,14	16,30	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3673	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	31,65	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,67
3674	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	31,65	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,67
3675	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,24	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,75
3676	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,51	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,53
3677	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,51	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,53
3678	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,10	11,99	12,71	15,87	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,38
3679	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	25,64	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3680	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	25,64	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3681	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,65	10,42	11,05	14,21	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,72
3682	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,46	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,48
3683	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,46	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3684	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	14,31	17,47	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,98
3685	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,00	27,00	28,62	33,98	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,00
3686	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,00	27,00	28,62	33,98	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,00
3687	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,55	11,39	12,07	15,23	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,74
3688	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	24,16	29,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,54
3689	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	24,16	29,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,54
3690	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,20	45,58	48,31	56,47	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	26,51
3691	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	24,16	29,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,54
3692	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,20	45,58	48,31	56,47	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	26,51
3693	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	11,71	12,41	15,57	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,08
3694	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,17	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3695	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,41	38,24	40,53	47,49	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	25,02
3696	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,17	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,19
3697	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,34	46,81	49,62	57,78	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	27,82
3698	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,81	76,47	81,06	91,22	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	46,28
3699	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,17	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,19
3700	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,34	46,81	49,62	57,78	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	27,82
3701	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,81	76,47	81,06	91,22	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	46,28
3702	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,97	8,61	9,15	12,31	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,82
3703	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,63
3704	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,63
3705	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	36,50	44,66	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3706	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,63
3707	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	36,50	44,66	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,70
3708	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	16,04	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,55
3709	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,48	17,80	18,87	24,23	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,25
3710	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,12	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,14
3711	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	45,90	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,94
3712	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,12	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,14
3713	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	45,90	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,94
3714	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,47	23,19	24,58	30,23	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,18
3715	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,50	53,46	56,67	64,02	35,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	34,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3716	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,50	53,46	56,67	64,02	35,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	38,92
3717	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,81	10,59	11,23	13,45	7,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,48
3718	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,81	10,59	11,23	13,45	7,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,43
3719	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	24,50	26,46	28,05	32,73	17,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,00
3720	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	24,50	26,46	28,05	32,73	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,18
3721	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	21,24	7,68	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,76
3722	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	21,24	7,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,86
3723	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	33,72	38,64	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,63
3724	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	33,72	38,64	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3725	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	18,40	19,87	21,06	27,39	24,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,10
3726	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	2024-07-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	36,80	39,74	42,13	51,46	49,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,19
3727	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	2024-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	15,50	16,74	17,74	24,07	24,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,04
3728	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	34,80	37,58	39,84	49,17	49,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,59
3729	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	2022-11-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	36,00	38,88	41,21	50,54	49,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,96
3730	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	21,43	24,74	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,35
3731	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	2024-04-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	8,10	8,64	10,47	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,00
3732	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	2024-04-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	18,76	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,03
3733	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,71	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,02
3734	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,88	35,51	37,64	42,16	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	34,08
3735	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,71	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3736	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,88	35,51	37,64	42,16	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	34,08
3737	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,07	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,68
3738	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,66	70,91	75,17	82,32	35,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	66,16
3739	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,07	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,68
3740	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,66	70,91	75,17	82,32	35,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	66,16
3741	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,71	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,02
3742	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,07	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,68
3743	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,71	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,02
3744	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,07	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,68
3745	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,07	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,68
3746	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,10	23,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	46,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3747	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,07	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,68
3748	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,10	23,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	46,33
3749	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,99	21,59	22,89	26,20	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	20,81
3750	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,30	13,28	14,08	15,91	5,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,22
3751	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	2023-01-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna	358,00	386,64	409,84	434,06	434,06	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona		ryczałt	3,20
3752	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,78	6,24	6,78	9,28	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,11
3753	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,65	6,10	6,64	8,71	6,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,21
3754	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	7,40	7,99	8,53	11,47	10,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
3755	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,75	11,61	12,31	16,74	16,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00
3756	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,68	25,68	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3757	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,68	25,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,70
3758	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	150,00	162,00	171,72	189,39	189,39	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3759	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	228,00	246,24	261,01	281,04	281,04	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3760	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	72,00	77,76	82,43	96,07	94,69	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,58
3761	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991290016	2021-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	10,88	14,23	10,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,95
3762	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991267131	2022-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,95	11,83	12,54	15,89	10,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,61
3763	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2024-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,44	16,68	17,68	21,03	10,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,38
3764	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990875245	2022-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,96	16,16	17,13	20,48	10,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,20
3765	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	90 szt.	05909991201821	2024-10-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,47	40,47	42,90	50,11	31,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,27
3766	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powl., 0.25 g	20 szt.	05909990667116	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	8,42	9,09	9,64	13,29	11,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,93
3767	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powl., 0.25 g	60 szt.	05909990334971	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	24,70	26,68	28,27	35,86	35,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,76
3768	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,99	4,31	4,85	6,54	5,51	Jaskra		30%	2,68
3769	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2.5 mg/ml	5 ml	05909990073610	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,04	3,28	3,82	5,51	5,51	Jaskra		30%	1,65
3770	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,04	3,28	3,82	5,51	5,51	Jaskra		30%	1,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3771	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2022-11-01	3 lata	234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina	372,00	401,76	425,87	450,53	450,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3772	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545	2022-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3773	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545	2022-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,29
3774	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	2023-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	95,44	95,44	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3775	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	2023-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	95,44	95,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,63
3776	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	116,33	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	15,23
3777	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	116,33	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	43,32
3778	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	116,33	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	15,23
3779	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	116,33	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	43,32
3780	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2.5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	95,00	102,60	108,76	122,63	104,30	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące		30%	49,62
3781	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3782	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,29
3783	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3784	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,29
3785	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	2022-05-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	20,33	21,96	23,27	30,11	30,11	Stwardnienie rozsiane		30%	9,03
3786	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990648641	2022-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,75	11,61	12,31	14,95	8,31	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,13
3787	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	17,05	18,41	19,52	24,14	16,62	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,51
3788	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,74	11,60	12,29	14,93	8,31	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,11
3789	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	21,48	23,20	24,59	29,21	16,62	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	17,58
3790	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,36	18,75	19,87	24,49	16,62	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,86
3791	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	19,73	24,59	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,12
3792	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	19,73	24,59	17,81	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,12
3793	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	34,46	37,22	39,45	47,01	35,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	22,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3794	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990649594	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	25,88	27,95	29,62	37,31	34,47	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,04
3795	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990649617	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	51,76	55,90	59,26	70,39	68,94	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,65
3796	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990649556	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,46	6,98	7,52	10,40	8,62	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,98
3797	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990649570	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	12,94	13,98	14,82	19,78	17,24	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,74
3798	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	27,55	29,75	31,54	39,23	34,47	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,96
3799	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	54,40	58,75	62,27	73,40	68,94	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,66
3800	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,80	7,34	7,88	10,76	8,62	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,34
3801	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,60	14,69	15,57	20,53	17,24	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,49
3802	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990715169	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	52,00	56,16	59,53	71,07	71,07	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3803	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt.	05909990715084	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	15,00	16,20	17,17	22,39	18,47	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,12
3804	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990715145	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,00	30,24	32,05	40,05	36,93	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3805	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	33,00	35,64	37,78	45,47	34,47	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	14,20
3806	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	50,50	54,54	57,81	68,94	68,94	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3807	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	18,00	19,44	20,61	23,49	8,62	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	18,07
3808	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	23,00	24,84	26,33	31,29	17,24	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	17,25
3809	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	26,60	28,73	30,46	38,46	36,93	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,73
3810	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990671502	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	53,20	57,46	60,90	72,44	72,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3811	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,65	7,18	7,72	10,78	9,23	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,75
3812	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990671489	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,30	14,36	15,23	20,45	18,47	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,18
3813	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,83	8,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,71
3814	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,83	8,16	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,50
3815	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,32	78,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3816	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,32	78,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,03
3817	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,50	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,67
3818	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,50	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,97
3819	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,43	5,86	6,40	8,52	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,10
3820	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,43	5,86	6,40	8,52	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,21
3821	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	16,36	17,67	18,73	23,87	18,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,62
3822	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	16,36	17,67	18,73	23,87	18,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,94
3823	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	26,95	29,11	30,86	38,00	31,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,92
3824	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	26,95	29,11	30,86	38,00	31,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,45
3825	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	8,15	8,80	9,34	12,34	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,72
3826	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	8,15	8,80	9,34	12,34	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3827	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	25,98	28,06	29,74	36,50	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,63
3828	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	25,98	28,06	29,74	36,50	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,11
3829	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	40,70	43,96	46,59	55,63	47,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,51
3830	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	40,70	43,96	46,59	55,63	47,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,31
3831	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	10,87	11,74	12,44	16,32	12,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,49
3832	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	10,87	11,74	12,44	16,32	12,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,70
3833	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	34,99	37,09	44,99	37,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,49
3834	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	34,99	37,09	44,99	37,86	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,13
3835	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,33	58,68	62,20	72,60	63,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,43
3836	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,33	58,68	62,20	72,60	63,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,50
3837	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2023-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,62	4,99	5,53	7,65	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3838	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2023-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,62	4,99	5,53	7,65	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,34
3839	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2022-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,84	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,42
3840	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2022-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,84	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,53
3841	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	9,73	12,50	8,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,79
3842	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	9,73	12,50	8,16	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,34
3843	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	7,24	7,78	9,90	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,48
3844	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	7,24	7,78	9,90	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,59
3845	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,80	6,26	6,80	9,57	8,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3846	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,80	6,26	6,80	9,57	8,16	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,41
3847	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,92	62,55	66,31	78,29	78,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,49
3848	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,92	62,55	66,31	78,29	78,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3849	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,20	5,62	6,16	8,28	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3850	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,20	5,62	6,16	8,28	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,97
3851	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,80	6,26	6,80	9,15	7,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,67
3852	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,80	6,26	6,80	9,15	7,83	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,32
3853	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	10,00	10,80	11,45	15,66	15,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,70
3854	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	10,00	10,80	11,45	15,66	15,66	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3855	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,01	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,59
3856	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,01	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,70
3857	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,40	16,63	17,63	22,77	18,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,52
3858	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,40	16,63	17,63	22,77	18,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,84
3859	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,67	27,72	29,39	36,53	31,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3860	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,67	27,72	29,39	36,53	31,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,98
3861	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,42	8,01	8,55	11,55	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,93
3862	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,42	8,01	8,55	11,55	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,09
3863	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,78	22,44	23,79	30,55	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,68
3864	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,78	22,44	23,79	30,55	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,16
3865	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,10	24,95	26,45	33,21	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,34
3866	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,10	24,95	26,45	33,21	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,82
3867	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,64	37,41	39,66	48,70	47,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,58
3868	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,64	37,41	39,66	48,70	47,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,38
3869	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,50	41,58	44,07	53,11	47,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,99
3870	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,50	41,58	44,07	53,11	47,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3871	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,94	10,74	11,38	15,26	12,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,43
3872	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,94	10,74	11,38	15,26	12,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,64
3873	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	30,80	33,26	35,26	43,16	37,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,66
3874	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	30,80	33,26	35,26	43,16	37,86	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,30
3875	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,33	55,44	58,76	69,16	63,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,99
3876	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,33	55,44	58,76	69,16	63,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,06
3877	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,00	5,40	5,94	7,17	3,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,97
3878	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,00	5,40	5,94	7,17	3,15	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,02
3879	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,70	8,32	8,86	11,86	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,24
3880	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,70	8,32	8,86	11,86	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,40
3881	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,83	13,86	14,69	19,20	15,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,16

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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3882	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,83	13,86	14,69	19,20	15,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,43
3883	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	15,59	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,65
3884	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	15,59	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,39
3885	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	17,05	22,67	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,76
3886	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	17,05	22,67	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
3887	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,92	21,51	22,81	29,57	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,70
3888	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,92	21,51	22,81	29,57	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,18
3889	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,59	42,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,78
3890	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,59	42,59	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3891	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	8,26	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,96
3892	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	8,26	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3893	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,53	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,03
3894	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,53	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,20
3895	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,64	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,96
3896	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,64	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21
3897	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,23	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,26
3898	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,23	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,13
3899	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,90	10,69	11,33	15,52	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,58
3900	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,90	10,69	11,33	15,52	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,32
3901	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	16,04	17,00	22,62	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,71
3902	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	16,04	17,00	22,62	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,32
3903	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,36	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3904	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,36	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,16
3905	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,51	21,07	22,33	29,09	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,22
3906	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,51	21,07	22,33	29,09	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,70
3907	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,26	31,60	33,50	41,97	41,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,59
3908	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,26	31,60	33,50	41,97	41,97	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3909	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,81	4,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,25
3910	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,81	4,73	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,97
3911	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,33	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,02
3912	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,33	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,11
3913	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,76	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,24
3914	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,76	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3915	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	22,96	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,25
3916	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	22,96	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,49
3917	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	5,88	8,22	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,25
3918	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	5,88	8,22	7,10	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,12
3919	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	11,31	15,50	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,56
3920	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	11,31	15,50	14,20	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,30
3921	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	16,76	22,38	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,47
3922	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	16,76	22,38	21,30	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,08
3923	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	17,84	18,91	25,00	23,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,44
3924	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	17,84	18,91	25,00	23,66	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,34
3925	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,33	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3926	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,33	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,23
3927	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,76	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,82
3928	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,76	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,56
3929	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,68	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,65
3930	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,68	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,10
3931	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,55	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,05
3932	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,55	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,22
3933	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,48	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,65
3934	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,48	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,98
3935	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,55	42,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,49
3936	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,55	42,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3937	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0.04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,30	29,48	31,26	38,76	31,65	Jaskra		ryczałt	10,31
3938	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,28	27,30	28,94	36,44	31,65	Jaskra		ryczałt	7,99
3939	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,16	35,81	37,96	45,46	31,65	Jaskra		ryczałt	17,01
3940	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,27	31,65	Jaskra		ryczałt	10,82
3941	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,25	89,91	95,31	108,81	94,94	Jaskra		ryczałt	21,87
3942	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	111,00	119,88	127,07	141,95	126,59	Jaskra		ryczałt	26,03
3943	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	25,19	32,69	31,65	Jaskra		ryczałt	4,24
3944	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,27	31,65	Jaskra		ryczałt	10,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3945	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,55	20,03	21,23	24,58	10,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,30
3946	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,30	54,32	57,59	64,80	31,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	42,96
3947	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,13	15,26	16,18	18,78	7,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,32
3948	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	2024-10-01	1 rok 9 miesięcy	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	26,80	28,94	30,68	35,25	15,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	24,33
3949	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,76	54,82	58,11	65,32	31,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	43,48
3950	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446	2021-11-01	3 lata	82.6, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - triamcynolon	14,48	15,64	16,58	22,08	22,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,62
3951	Triptorelinum	Diphereline SR 11,25 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 11.25 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990894413	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	518,00	559,44	593,01	619,99	565,55	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	64,04
3952	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3.75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	249,00	268,92	285,06	302,34	175,95	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	129,59
3953	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	135,00	145,80	154,55	171,63	171,63	Desensybilizacja przysadki mózgowej i zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20
3954	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	7,20	7,78	8,32	11,58	11,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3955	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	10,80	11,66	12,37	15,63	11,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,25
3956	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	2024-04-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	126,86	137,01	145,23	160,53	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	66,51
3957	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	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	55,00	59,40	62,96	75,66	75,66	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
3958	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	2023-07-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	37,60	40,61	43,05	52,75	52,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3959	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	400,00	432,00	457,92	483,46	483,46	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - 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
3960	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991345815	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	12,53	17,89	17,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,37
3961	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991345785	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	6,45	9,61	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,88
3962	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,77	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,61
3963	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,15	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,99
3964	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,20	19,66	20,83	26,19	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,21
3965	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,58	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,09
3966	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990929214	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,61	26,58	28,18	33,54	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,56
3967	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	21,98	27,34	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,36
3968	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,90	32,29	34,23	42,39	42,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3969	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,23	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,27
3970	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,15	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,66
3971	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,55	15,71	16,65	22,01	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,03
3972	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,35	18,74	19,86	25,22	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,24
3973	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,46	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,97
3974	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,98	20,50	21,73	27,09	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,11
3975	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,67	43,92	46,56	55,07	45,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,97
3976	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	59,28	64,02	67,87	78,38	68,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	30,23
3977	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991460914	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,90	23,65	25,07	33,23	33,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,97
3978	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,96	41,00	43,46	51,62	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,66
3979	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	30 szt.	05909991483036	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,44	25,32	26,84	35,35	35,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3980	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,49	10,25	10,86	14,02	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,53
3981	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,34	21,97	23,28	28,93	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,88
3982	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,64	32,01	33,93	41,15	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,08
3983	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	12,53	17,89	17,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,37
3984	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	6,45	9,61	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,88
3985	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,00	18,36	19,46	24,82	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,86
3986	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,50	9,18	9,73	12,89	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,86
3987	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	21,98	27,34	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,12
3988	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,15	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,99
3989	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991323837	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,18	18,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,45
3990	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991323875	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,18	18,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3991	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991323783	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	6,59	9,75	9,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,93
3992	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	21,98	27,34	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,36
3993	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,70	15,88	16,83	22,19	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,21
3994	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,46	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,48
3995	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,03	9,75	10,34	13,50	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,01
3996	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,25	20,79	22,04	27,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,42
3997	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,71	31,01	32,86	41,02	41,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,31
3998	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,25	20,79	22,04	27,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,42
3999	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	36,63	44,79	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,83
4000	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,23	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,27
4001	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,23	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4002	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,63	10,40	11,03	14,19	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,70
4003	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	23,68	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,70
4004	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,98	20,50	21,73	27,09	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,11
4005	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,43	38,26	40,56	48,72	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,76
4006	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,00	66,96	70,98	81,94	74,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,51
4007	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,98	20,50	21,73	27,09	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,11
4008	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,43	38,26	40,56	48,72	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,76
4009	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,00	66,96	70,98	81,94	74,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,51
4010	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,96	41,00	43,46	51,62	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,66
4011	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,96	41,00	43,46	51,62	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,66
4012	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,86	9,57	10,14	13,30	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4013	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,71	19,13	20,27	25,63	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,65
4014	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,00	33,48	35,49	43,05	37,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,84
4015	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,35	18,74	19,86	25,22	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,24
4016	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,35	18,74	19,86	25,22	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,24
4017	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	22,84	28,20	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,24
4018	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	22,84	28,20	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,24
4019	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	14,04	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,57
4020	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,00	32,40	34,34	43,10	43,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,93
4021	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,27	17,57	18,63	27,78	27,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,33
4022	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	23,10	32,25	32,25	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4023	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	32,27	32,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,68
4024	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990047901	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,07	8,72	9,26	12,77	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,13
4025	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,00	16,20	17,17	23,03	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,74
4026	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,06	10,86	11,51	17,69	17,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,31
4027	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	17,75	17,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,33
4028	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,67	34,20	36,26	45,41	45,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,62
4029	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,75	35,37	37,50	46,26	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,68
4030	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,61	9,30	9,86	13,37	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4031	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,75	18,09	19,18	25,04	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,75
4032	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,50	34,02	36,06	44,82	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,24
4033	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,20	18,58	19,69	25,55	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,26
4034	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,00	33,48	35,49	44,25	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,67
4035	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990715299	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,80	7,34	7,88	11,39	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,75
4036	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,50	16,74	17,74	23,60	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,31
4037	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	25,80	27,86	29,54	38,30	38,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,49
4038	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990721498	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,45	6,97	7,51	11,02	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4039	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,90	13,93	14,76	20,62	20,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,19
4040	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,50	36,18	38,35	47,11	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,53
4041	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990691760	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,38	9,05	9,59	13,10	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,46
4042	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,39	17,70	18,76	24,62	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,33
4043	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,56	31,92	33,84	42,60	42,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,78
4044	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991377502	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,39	7,98	8,52	12,03	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,39
4045	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,78	15,96	16,92	22,78	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,49
4046	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	32,80	32,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4047	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	72,00	77,76	82,43	98,09	98,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	29,43
4048	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,78	24,60	26,08	36,84	36,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,05
4049	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990795802	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,00	6,48	7,02	10,53	10,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,16
4050	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	98 szt.	05909990795819	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,50	22,14	23,47	31,55	31,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,47
4051	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,00	12,96	13,74	19,60	19,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,88
4052	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	39,50	42,66	45,22	56,88	56,88	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	17,06
4053	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,08	38,97	41,30	50,06	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	19,48
4054	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990727490	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,99	9,71	10,29	13,80	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4055	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,03	19,47	20,64	26,50	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,21
4056	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,48	22,12	23,45	32,21	32,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,66
4057	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991135096	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	5,85	6,32	6,86	10,37	10,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,11
4058	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,88	12,83	13,60	19,46	19,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,84
4059	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,52	34,04	36,08	44,84	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,26
4060	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990055982	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,88	8,51	9,05	12,56	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,92
4061	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,76	17,02	18,05	23,91	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,62
4062	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	23,10	31,86	31,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
4063	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,06	10,86	11,51	17,37	17,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,21
4064	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,20	34,78	36,86	45,62	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,04
4065	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990040971	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,00	8,64	9,18	12,69	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,05
4066	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,00	17,28	18,32	24,18	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,89
4067	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	5,20	5,62	6,16	8,67	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
4068	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	2,13	2,30	2,84	3,91	2,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,52
4069	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	3,80	4,10	4,64	6,43	5,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,47
4070	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2022-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	235,94	235,94	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4071	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2022-01-01/<2>2024-10-01	3 lata	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	235,94	235,94	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4072	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2022-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	155,96	155,96	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4073	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2022-01-01/<2>2024-10-01	3 lata	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	155,96	155,96	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4074	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,00	32,40	34,34	41,07	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,61
4075	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991492724	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	15,00	16,20	17,17	21,33	14,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	11,10
4076	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991492731	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,00	32,40	34,34	41,07	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,61
4077	Vildagliptinum	Glypvilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,29	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,37
4078	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,20	11,02	11,67	15,83	14,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,60
4079	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,60	22,25	23,59	30,32	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,86
4080	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,00	10,80	11,45	15,61	14,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,38
4081	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,00	21,60	22,90	29,63	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,17
4082	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,71	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
4083	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,71	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,79
4084	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05909991496999	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,47	24,27	25,73	32,70	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,78
4085	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05909991496975	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,47	24,27	25,73	32,70	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,78
4086	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	2023-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,29	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,37
4087	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	2023-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,29	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,37
4088	Voclosporinum	Lupkynis, kaps. miękkie, 7.9 mg	180 szt.	05038256999927	2024-10-01	2 lata	139.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - woklosporyna	2932,00	3166,56	3328,56	3412,88	3412,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4089	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	125,73	135,79	143,93	160,48	160,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	2,88
4090	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	165,00	178,20	188,89	207,78	207,78	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
4091	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05702150155153	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	139,50	150,66	159,70	177,04	177,04	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	53,11
4092	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05702150155788	2024-07-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	279,00	301,32	319,40	341,13	341,13	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	102,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
4093	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05702150155146	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	69,75	75,33	79,86	93,20	88,52	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	31,24
4094	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	13,40	14,47	15,34	18,77	12,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,91
4095	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	21,60	23,33	24,73	29,75	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,64
4096	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061	2023-09-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	490,00	529,20	560,95	589,33	581,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	25,08
4097	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871	2022-11-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	980,00	1058,40	1121,90	1162,09	1162,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	33,60
4098	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	171,00	184,68	195,76	214,09	214,09	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	ryczałt	5,97
4099	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	13,50	14,58	15,45	20,23	15,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,87
4100	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	120,00	129,60	137,38	153,60	153,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
4101	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,00	27,00	28,62	34,55	22,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	12,26
4102	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990126828	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,00	43,20	45,79	55,72	55,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1	Dieta	Infatrini, płyn	3000 ml (24 x 125 ml)	8716900565021	2023-09-01	3 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	135,00	141,75	150,26	163,93	103,17	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	63,96
2	Dieta	Infatrini Peptisorb, płyn doustny	800 ml (4 x 200 ml)	8716900562433	2022-09-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	30,90	32,45	34,39	42,90	42,90	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	12,87
3	Dieta	Infatrini Powder, proszek	400 g	4008976681786	2023-11-01	3 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	51,80	54,39	57,66	68,78	68,78	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	3,20
4	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 1 Syneo, proszek	400 g	5900852033957	2024-10-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,24	38,05	40,33	46,86	25,89	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergia na białka mleka krowiego w tym diagnostyczna dieta eliminacyjna, inne alergie pokarmowe, biegunki przewlekłe;		30%	28,74
5	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek	400 g	5900852033971	2024-10-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	39,02	40,97	43,43	53,12	53,12	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergia na białka mleka krowiego w tym diagnostyczna dieta eliminacyjna, inne alergie pokarmowe, biegunki przewlekłe;		30%	15,94
6	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Blemil plus Elemental, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8426594103521	2023-05-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	84,95	89,20	94,55	108,57	107,27	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	4,50
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Humana SL, proszek	650 g	4031244002327	2021-11-01	3 lata	217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowe przeznaczone dla niemowląt od urodzenia	20,89	21,93	23,25	30,09	30,09	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	9,03
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek	400 g	5016533616170	2022-11-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,00	108,15	114,64	129,72	129,72	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
9	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek	400 g	5016533649970	2024-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,80	108,99	115,53	130,61	129,72	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	4,09
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek	400 g	5016533649956	2024-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,80	108,99	115,53	130,61	129,72	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	4,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
11	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate LCP, proszek	400 g	5016533646740	2022-01-01	3 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	125,50	131,78	139,68	156,01	156,01	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białka 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	134,40	142,46	158,52	150,00	Postępowanie dietetyczne w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych u pacjentów do ukończenia 18 roku życia		ryczałt	11,72
13	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038819	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	44,50	46,73	49,53	56,35	28,30	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	36,54
14	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038826	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	47,00	49,35	52,31	62,29	56,69	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	22,61
15	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038833	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,80	38,64	40,96	50,94	50,94	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	15,28
16	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8712045027554	2022-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	86,00	90,30	95,72	109,86	109,86	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	3,20
17	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen Puramino Junior, proszek	400 g	8712045037201	2023-05-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	100,92	105,97	112,33	127,60	127,60	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego, w alergii wielopokarmowej i innych schorzeniach, w których wskazana jest dieta elementarna		ryczałt	3,20
18	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2022-01-01	3 lata	216.15, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	464,60	487,83	517,10	544,27	544,27	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
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, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	971,25	1029,53	1067,87	1067,87	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, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	971,25	1029,53	1067,87	1067,87	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, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	971,25	1029,53	1067,87	1067,87	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
22	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021323	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	484,50	513,58	540,65	532,72	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	11,13
23	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698021309	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,43	1065,43	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
24	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021286	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	484,50	513,58	540,65	532,72	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	11,13
25	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698015476	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,43	1065,43	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
26	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Yellow Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698024331	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,43	1065,43	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
27	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2022-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	278,83	292,77	310,34	331,82	331,82	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
28	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 1 mix, proszek	400 g	4008976595304	2024-07-01	3 lata	216.3, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	110,00	115,50	122,43	137,90	137,90	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2022-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	312,40	328,02	347,70	370,21	370,21	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2022-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	334,60	351,33	372,41	395,60	395,60	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
31	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2022-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	390,36	409,88	434,47	459,37	459,37	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
32	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 shake choco, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599234	2023-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	249,85	262,34	278,08	298,68	298,68	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599227	2023-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	249,85	262,34	278,08	298,68	298,68	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3, tabl. powl.	600 szt. (60 x 10 szt.)	4008976340331	2022-01-01	3 lata	216.6, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii porcjowane, w postaci tabletek powlekanych – przeznaczone dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	455,00	477,75	506,42	533,30	533,30	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
35	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2022-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	396,90	416,75	441,75	466,85	466,85	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
36	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego	450 g (10 x 45g)	4008976340294	2022-07-01	3 lata	216.18, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	362,00	380,10	402,91	426,94	426,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2022-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	124,21	130,42	138,24	154,50	154,50	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2022-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	117,57	123,45	130,85	146,74	146,74	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2022-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	173,11	181,77	192,68	210,93	210,93	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
40	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648225	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	652,98	652,98	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
41	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648263	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	652,98	652,98	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
42	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648201	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	652,98	652,98	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
43	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648249	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	652,98	652,98	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
44	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648287	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	652,98	652,98	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
45	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059994	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	540,00	567,00	601,02	630,50	624,88	Fenyloketonuria		ryczałt	8,82
46	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059987	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	540,00	567,00	601,02	630,50	624,88	Fenyloketonuria		ryczałt	8,82
47	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Red, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059970	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	540,00	567,00	601,02	630,50	624,88	Fenyloketonuria		ryczałt	8,82
48	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 White, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059963	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	540,00	567,00	601,02	630,50	624,88	Fenyloketonuria		ryczałt	8,82
49	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059895	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,50	624,88	Fenyloketonuria		ryczałt	8,82
50	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940037	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	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
51	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940020	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	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
52	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Red, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940013	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	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 White, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940006	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	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
54	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060014059901	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
55	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940075	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	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
56	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940068	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	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
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	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	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	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	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	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	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	850,50	901,53	937,31	932,88	Fenyloketonuria		ryczałt	7,63
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	850,50	901,53	937,31	932,88	Fenyloketonuria		ryczałt	7,63
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	850,50	901,53	937,31	932,88	Fenyloketonuria		ryczałt	7,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
63	Dieta eliminacyjna w 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	850,50	901,53	937,31	932,88	Fenyloketonuria		ryczałt	7,63
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	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
65	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
68	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku malinowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051455	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,75	584,75	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
69	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051448	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,75	584,75	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
70	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051462	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,75	584,75	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
71	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647686	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
72	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647693	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
73	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647747	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
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	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	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	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	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	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
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	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	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	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
79	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex Select (herbata brzoskwiniowa), 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	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	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	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
81	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czekoladowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385941621	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1480,50	1569,33	1618,47	1614,03	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,64
82	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czerwonych owoców, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940105	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1480,50	1569,33	1618,47	1614,03	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,64
83	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940112	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1480,50	1569,33	1618,47	1614,03	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,64
84	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku bananowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943489	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,04	2152,04	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
85	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943472	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,04	2152,04	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
86	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czekoladowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385941454	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,04	2152,04	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
87	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czerwonych owoców, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059840	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,04	2152,04	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
88	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku waniliowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059857	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,04	2152,04	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
89	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	XP Analog LCP, proszek do sporządzania roztworu doustnego	400 g	5016533644456	2022-01-01	3 lata	216.4, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi i prebiotykami - przeznaczona dla niemowląt i jako uzupełnienie diety u dzieci do 3 r.ż.	124,15	130,36	138,18	154,44	154,44	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
90	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	XP Maxamum o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	1500 g (30 x 50 g)	5016533620368	2022-01-01	3 lata	216.17, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, porcjowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż., w tym dla kobiet w ciąży	836,55	878,38	931,08	967,45	967,45	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
91	Dieta eliminacyjna z MCT	Bebilon pepti MCT, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 2155 kJ/100 g	450 g	8718117600625	2022-01-01	3 lata	217.4, Diety eliminacyjne z MCT	32,50	34,13	36,17	44,95	44,95	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	13,49
92	Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2	Modulen IBD, proszek	400 g	7613035091399	2024-07-01	3 lata	246.0, Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2 (transformujący czynnik wzrostu beta-2) w indukcji remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna	49,30	51,77	54,87	65,71	65,71	Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
93	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku truskawkowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553578	2024-10-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	41,00	43,05	45,63	55,54	55,54	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20
94	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553486	2024-10-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	41,00	43,05	45,63	55,54	55,54	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1	Dibutyrylochityna	Dibucell Active 10x10 cm, jałowy opatrunek biopolimerowy, 100 cm²	1 szt.	5905669556088	2023-01-01	2 lata	267.3, Opatrunki biowchłanialne do ran bez cech infekcji	17,50	18,90	20,03	26,38	26,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,91
2	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A 10x10 cm, opatrunek algininowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844714	2022-03-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,97	6,45	6,99	9,84	9,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,11
3	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A 10x10 cm, opatrunek algininowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844714	2022-03-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,97	6,45	6,99	9,84	9,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,22
4	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm²	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	7,99	10,84	9,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,11
5	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm²	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	7,99	10,84	9,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,22
6	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm²	1 szt.	4049500217927	2022-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,68	14,77	15,66	20,59	19,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,12
7	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm²	1 szt.	4049500217927	2022-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,68	14,77	15,66	20,59	19,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,35
8	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm²	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	3,54	4,52	2,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,83
9	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm²	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	3,54	4,52	2,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,11
10	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447013466	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,95	6,43	6,97	9,82	9,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,09
11	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	5060786981462	2024-10-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,95	6,43	6,97	9,82	9,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,09
12	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4021447013480	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	12,50	13,50	14,31	19,24	19,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,77
13	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	5060786981486	2024-10-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	12,50	13,50	14,31	19,24	19,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
14	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	4021447013442	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,10	2,27	2,81	3,79	2,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,10
15	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	1 szt.	0040565124810	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	13,27	14,33	15,20	19,23	12,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,52
16	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	1 szt.	0040565124810	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	13,27	14,33	15,20	19,23	12,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,79
17	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	1 szt.	0040565124858	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	22,50	24,30	25,76	32,33	24,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,91
18	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	1 szt.	0040565124858	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	22,50	24,30	25,76	32,33	24,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,45
19	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	1 szt.	0040565124872	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	75,00	81,00	85,86	99,50	99,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,85
20	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	1 szt.	0040565124872	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	75,00	81,00	85,86	99,50	99,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
21	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x10,5 cm, opatrunek, 110.25 cm²	1 szt.	4054596955967	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	12,13	13,10	13,89	18,70	17,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,73
22	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x19 cm, opatrunek, 199.5 cm²	1 szt.	4054596956025	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	21,95	23,71	25,13	32,23	30,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,57
23	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,55	11,39	12,07	16,20	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
24	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,55	11,39	12,07	16,20	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,87
25	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm²	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	17,19	22,88	20,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,29
26	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm²	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	17,19	22,88	20,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,04
27	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	6,90	7,45	7,99	10,53	7,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
28	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	6,90	7,45	7,99	10,53	7,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,03
29	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm²	1 szt.	5000223461928	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	19,97	21,57	22,86	28,15	18,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,92
30	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm²	1 szt.	5000223461928	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	19,97	21,57	22,86	28,15	18,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
31	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,30	11,12	11,79	15,92	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,59
32	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,30	11,12	11,79	15,92	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,59
33	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	30,91	38,01	30,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,01
34	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	30,91	38,01	30,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,01
35	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,44	44,76	47,44	57,24	53,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,90
36	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,44	44,76	47,44	57,24	53,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,90
37	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	30,00	32,40	34,34	42,51	38,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,53
38	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	30,00	32,40	34,34	42,51	38,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
39	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	47,00	50,76	53,81	64,54	64,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,36
40	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	47,00	50,76	53,81	64,54	64,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
41	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455123889	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	20,03	26,02	24,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,85
42	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455123889	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	20,03	26,02	24,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,49
43	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455123896	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	38,80	41,90	44,42	53,94	53,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,18
44	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455123896	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	38,80	41,90	44,42	53,94	53,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
45	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	0768455129164	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,90	56,05	59,41	70,32	70,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,10
46	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	0768455129164	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,90	56,05	59,41	70,32	70,32	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
47	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	0768455123902	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	68,90	74,41	78,87	91,64	91,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,49
48	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	0768455123902	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	68,90	74,41	78,87	91,64	91,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
49	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455127153	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	20,03	26,02	24,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,85
50	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455127153	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	20,03	26,02	24,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,49
51	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123773	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	26,90	29,05	30,79	38,49	38,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,66
52	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123773	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	26,90	29,05	30,79	38,49	38,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,16
53	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123780	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	52,50	56,70	60,10	71,13	71,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,34
54	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123780	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	52,50	56,70	60,10	71,13	71,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
55	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123803	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	47,60	51,41	54,50	64,99	64,99	Przewlekłe owrzodzenia		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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
56	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123803	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	47,60	51,41	54,50	64,99	64,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
57	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm²	1 szt.	0768455123810	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	58,50	63,18	66,97	78,59	78,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,58
58	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm²	1 szt.	0768455123810	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	58,50	63,18	66,97	78,59	78,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
59	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455123797	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	76,00	82,08	87,00	100,44	100,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,13
60	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455123797	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	76,00	82,08	87,00	100,44	100,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
61	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm²	1 szt.	0768455129201	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	131,00	141,48	149,97	166,27	166,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	49,88
62	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm²	1 szt.	0768455129201	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	131,00	141,48	149,97	166,27	166,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
63	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm²	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,00	10,80	11,45	15,66	14,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,27
64	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm²	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,00	10,80	11,45	15,66	14,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,81
65	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm²	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
66	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm²	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
67	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm²	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,60	3,89	4,43	5,78	3,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,18
68	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm²	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,60	3,89	4,43	5,78	3,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,07
69	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 225 cm²	1 szt.	5708932551601	2022-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	23,36	25,23	26,74	33,84	30,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,84
70	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Heel 19x20 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na piętę, 380 cm²	1 szt.	5708932551632	2022-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	39,45	42,61	45,17	54,74	50,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,27
71	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm²	1 szt.	5708932861519	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	22,90	24,73	26,21	32,90	26,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,23
72	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm²	1 szt.	5708932861519	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	22,90	24,73	26,21	32,90	26,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,23
73	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm²	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	30,91	38,01	30,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,01
74	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm²	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	30,91	38,01	30,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,01
75	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm²	1 szt.	5708932861502	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	45,90	49,57	52,54	62,34	53,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,00
76	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm²	1 szt.	5708932861502	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	45,90	49,57	52,54	62,34	53,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
77	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190151172	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	15,00	16,20	17,17	23,16	23,16	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,95
78	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 15x15 cm, opatrunek specjalistyczny, 225 cm²	1 szt.	7323190151189	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	33,75	36,45	38,64	48,16	48,16	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	14,45
79	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm²	1 szt.	7323190151226	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	90,00	97,20	103,03	117,94	117,94	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	35,38
80	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x4,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm²	1 szt.	7323190151202	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	13,50	14,58	15,45	20,97	20,97	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,29
81	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 2x45 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm²	1 szt.	7323190151158	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	13,50	14,58	15,45	20,97	20,97	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,29
82	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 45 cm²	1 szt.	7323190151196	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,18	18,55	19,67	22,94	11,04	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	15,21
83	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 135 cm²	1 szt.	7323190151219	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	20,25	21,87	23,19	30,29	30,29	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	9,09
84	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 5x5 cm, opatrunek specjalistyczny, 25 cm²	1 szt.	7323190151165	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	8,42	9,09	9,64	11,61	6,13	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,32
85	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866877	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	11,88	16,09	14,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,70
86	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866877	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	11,88	16,09	14,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
87	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866860	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,91
88	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866860	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
89	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866891	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	11,88	16,09	14,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,70
90	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866891	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	11,88	16,09	14,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,24
91	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866884	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,91
92	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866884	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
93	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430941374	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	26,33	33,63	32,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,82
94	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430941374	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	26,33	33,63	32,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,05
95	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430941367	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	20,14	26,39	24,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,42
96	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430941367	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	20,14	26,39	24,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,15
97	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430941381	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	38,40	47,51	47,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,25
98	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430941381	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	38,40	47,51	47,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
99	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	7332551027056	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	6,78	9,37	7,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,83
100	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	7332551027056	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	6,78	9,37	7,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,46
101	Emplastri antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	15032749039555	2024-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	28,98	31,30	33,18	42,09	42,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
102	Emplastri antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm²	1 szt.	15032749039548	2024-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,53	18,93	20,07	26,79	26,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,04
103	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447930350	2022-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	12,00	12,96	13,74	18,53	17,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,29
104	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	5060786980977	2024-10-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	12,00	12,96	13,74	18,53	17,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,29
105	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4021447930381	2022-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	24,00	25,92	27,48	34,95	34,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,49
106	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	5060786980991	2024-10-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	24,00	25,92	27,48	34,95	34,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,49
107	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm2	1 szt.	3546895520737	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,42	17,73	18,80	24,79	24,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,62
108	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm2	1 szt.	3546895520744	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	49,25	53,19	56,39	67,30	67,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,19
109	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm2	1 szt.	3546895520720	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	5,91	6,38	6,92	9,61	8,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,43
110	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518017	2022-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,47	19,95	21,15	27,84	27,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,35
111	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2022-07-01/<2>2024-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	45,00	48,60	51,52	62,43	62,43	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,73
112	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2022-07-01/<2>2024-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	45,00	48,60	51,52	62,43	62,43	<2>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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
113	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny, 10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447309200	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	9,56	14,04	14,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,21
114	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447309323	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	9,56	14,04	14,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,21
115	Emplastri carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny , sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447037493	2022-01-01	3 lata	264.4, Opatrunki chłonne z węglem aktywowanym	3,90	4,21	4,75	6,76	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,03
116	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455132027	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,20	17,50	18,54	24,53	24,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,36
117	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455132027	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,20	17,50	18,54	24,53	24,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
118	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455132034	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	36,36	39,27	41,62	51,14	51,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,34
119	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455132034	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	36,36	39,27	41,62	51,14	51,14	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
120	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	0768455132041	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	99,00	106,92	113,34	128,25	128,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	38,48
121	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	0768455132041	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	99,00	106,92	113,34	128,25	128,25	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
122	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455132010	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,20	4,54	5,08	7,05	6,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,76
123	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455132010	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,20	4,54	5,08	7,05	6,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,92
124	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm2	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,18	69,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,68
125	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm2	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,18	69,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,89
126	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm2	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,57	138,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,57
127	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm2	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,57	138,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
128	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 100 cm²	1 szt.	4052199242231	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	38,66	41,75	44,26	54,03	54,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,21
129	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 100 cm²	1 szt.	4052199242231	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	38,66	41,75	44,26	54,03	54,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
130	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199242934	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	31,96	31,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,59
131	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199242934	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	31,96	31,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
132	Emplastri collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199301068	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	31,96	31,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,59
133	Emplastri collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199301068	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	31,96	31,96	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
134	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm²	1 szt.	5000223422486	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,80	9,50	10,08	12,53	7,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,95
135	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm²	1 szt.	5000223422486	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,80	9,50	10,08	12,53	7,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,56
136	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm²	1 szt.	5000223422493	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	17,00	18,36	19,46	23,81	15,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,65
137	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm²	1 szt.	5000223422493	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	17,00	18,36	19,46	23,81	15,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,87
138	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm²	1 szt.	5000223422509	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	34,00	36,72	38,92	45,87	31,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,55
139	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm²	1 szt.	5000223422509	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	34,00	36,72	38,92	45,87	31,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,98
140	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332551816421	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	25,80	27,86	29,54	35,79	24,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,82
141	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332551816483	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	50,44	54,48	57,75	66,86	47,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,60
142	Emplastri collagenosa	Sorelex 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8595163717817	2022-03-01	3 lata	264.6, Opatrunki do ran zakażonych z kwasem hialuronowym i dichlorowodorkiem oktenidyny	27,00	29,16	30,91	38,90	38,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,67
143	Emplastri collagenosa	UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	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 nanooligosacharydów	31,00	33,48	35,49	43,03	32,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,03
144	Emplastri collagenosa	UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	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	61,00	65,88	69,83	82,16	82,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,65
145	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm²	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	38,50	41,58	44,07	52,45	39,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,84
146	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	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	60,50	65,34	69,26	81,59	81,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,48
147	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	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	32,34	34,93	37,02	44,56	32,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
148	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	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	62,73	67,75	71,81	84,14	82,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,63
149	Emplastri conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm²	1 szt.	8681349103939	2022-09-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	15,97	21,31	21,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,39
150	Emplastri conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm²	1 szt.	8681349103939	2022-09-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	15,97	21,31	21,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
151	Emplastri conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm²	1 szt.	4049500737043	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	10,95	7,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,67
152	Emplastri conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm²	1 szt.	4049500737043	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	10,95	7,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,41
153	Emplastri conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm²	1 szt.	4049500737074	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,38	15,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,82
154	Emplastri conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm²	1 szt.	4049500737074	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,38	15,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,30
155	Emplastri conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500737258	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,76	16,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,89
156	Emplastri conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500737258	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,76	16,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,80
157	Emplastri conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500737401	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,06	30,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,95
158	Emplastri conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500737401	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,06	30,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,90
159	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm²	1 szt.	4049500736534	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,78	11,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,53
160	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm²	1 szt.	4049500736534	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,78	11,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
161	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500736596	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	16,97	16,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
162	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500736596	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	16,97	16,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,01
163	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500736749	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,11	28,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,43
164	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500736749	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,11	28,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
165	Emplastri hydrocolloidosa	Biatain Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm²	1 szt.	5708932699136	2022-05-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,75	14,85	15,75	20,68	17,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,21
166	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	6,70	8,86	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,91
167	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	6,70	8,86	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,79
168	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,45	11,29	11,97	16,23	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
169	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,45	11,29	11,97	16,23	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,33
170	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,62	4,99	5,53	7,69	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,74
171	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,62	4,99	5,53	7,69	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,62
172	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	11,45	15,71	15,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
173	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	11,45	15,71	15,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
174	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm²	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,85	14,96	15,85	21,08	21,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,32
175	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm²	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,85	14,96	15,85	21,08	21,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
176	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	20,83	27,28	27,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,18
177	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	20,83	27,28	27,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
178	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm²	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,61	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,66
179	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm²	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,61	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,54
180	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm²	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	15,90	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,77
181	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm²	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	15,90	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
182	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm²	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,71	3,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
183	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm²	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,71	3,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,73
184	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	6,85	7,40	7,94	10,10	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,15
185	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	6,85	7,40	7,94	10,10	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,03
186	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,80	19,22	20,38	24,64	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,51
187	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,80	19,22	20,38	24,64	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,74
188	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	28,80	31,10	32,97	39,42	28,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,63
189	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	28,80	31,10	32,97	39,42	28,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,15
190	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll concave 8x12 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 96 cm²	1 szt.	4049500222501	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	14,35	15,50	16,43	18,52	6,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,77
191	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll sacral 12x18 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 216 cm²	1 szt.	4049500222259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	22,23	24,01	25,44	29,58	15,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,90
192	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,88	6,35	6,89	9,05	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,10
193	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,88	6,35	6,89	9,05	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,98
194	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,72	11,58	12,27	16,53	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,40
195	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,72	11,58	12,27	16,53	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
196	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447546964	2022-11-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	4,40	4,75	5,29	9,16	9,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75
197	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4021447546995	2022-11-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	10,08	16,45	16,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,94
198	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844721	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,40	4,75	5,29	7,45	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,50
199	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844721	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,40	4,75	5,29	7,45	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,38
200	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	5900516844745	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	9,99	10,79	11,44	15,70	15,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,71
201	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	5900516844745	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	9,99	10,79	11,44	15,70	15,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
202	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	5900516849290	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,30	18,68	19,81	26,26	26,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,88
203	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	5900516849290	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,30	18,68	19,81	26,26	26,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
204	Emplastri hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,95	8,59	9,13	12,43	11,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,23
205	Emplastri hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,95	8,59	9,13	12,43	11,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,71
206	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm²	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	10,92	9,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,22
207	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm²	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	10,92	9,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,35
208	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm²	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,87	11,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,83
209	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm²	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,87	11,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
210	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm²	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	22,96	22,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,89
211	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm²	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	22,96	22,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
212	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm²	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,65	5,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,63
213	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm²	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,65	5,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,91
214	Emplastri hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2024-07-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	75,99	75,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,80
215	Emplastri hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2024-07-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	75,99	75,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
216	Emplastri hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,72	11,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,52
217	Emplastri hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,72	11,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
218	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	35,25	38,07	40,36	48,41	37,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,50
219	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	35,25	38,07	40,36	48,41	37,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,39
220	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	57,00	61,56	65,25	77,13	77,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,14
221	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	57,00	61,56	65,25	77,13	77,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
222	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm²	1 szt.	4054596950443	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	37,80	37,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,34
223	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm²	1 szt.	4054596950443	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	37,80	37,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
224	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm²	1 szt.	4054596950238	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	39,89	39,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
225	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm²	1 szt.	4054596950238	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	39,89	39,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
226	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223463908	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,90	10,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,27
227	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223463908	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,90	10,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
228	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm²	1 szt.	5000223476182	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,00	14,04	14,88	20,81	20,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,24
229	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm²	1 szt.	5000223476182	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,00	14,04	14,88	20,81	20,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
230	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm²	1 szt.	5000223463960	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,90	10,69	11,33	16,26	16,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,88
231	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm²	1 szt.	5000223463960	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,90	10,69	11,33	16,26	16,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
232	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm²	1 szt.	5000223463991	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,90	21,49	22,78	30,34	30,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,10
233	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm²	1 szt.	5000223463991	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,90	21,49	22,78	30,34	30,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
234	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm²	1 szt.	5000223463878	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	3,77	4,07	4,61	6,76	6,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,27
235	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm²	1 szt.	5000223463878	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	3,77	4,07	4,61	6,76	6,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
236	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm²	1 szt.	5000223465230	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	31,00	33,48	35,49	45,15	45,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,55
237	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm²	1 szt.	5000223465230	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	31,00	33,48	35,49	45,15	45,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
238	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223475499	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,90	10,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,27
239	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223475499	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,90	10,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
240	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223475581	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,00	16,20	17,17	23,61	23,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,08
241	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223475581	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,00	16,20	17,17	23,61	23,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
242	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm²	1 szt.	5000223475611	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,29	4,63	5,17	7,57	7,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,46
243	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm²	1 szt.	5000223475611	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,29	4,63	5,17	7,57	7,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,27
244	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm²	1 szt.	5000223476885	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,40	11,23	11,90	16,82	16,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
245	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm²	1 szt.	5000223476885	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,40	11,23	11,90	16,82	16,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
246	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223476502	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,50	15,66	16,60	23,04	23,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,91
247	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223476502	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,50	15,66	16,60	23,04	23,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
248	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm²	1 szt.	5000223477981	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,90	9,61	10,18	13,51	10,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,09
249	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm²	1 szt.	5000223477981	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,90	9,61	10,18	13,51	10,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,91
250	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,60	14,69	15,57	20,26	16,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,61
251	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,60	14,69	15,57	20,26	16,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
252	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,00	20,52	21,75	27,93	24,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,10
253	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,00	20,52	21,75	27,93	24,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,88
254	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 21x21 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm²	1 szt.	5000223478070	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,50	37,26	39,50	48,23	44,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,95
255	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Heel 25x25,2 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 25cm x 25,2cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 545 cm²	1 szt.	5000223482503	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	45,00	48,60	51,52	61,86	61,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,56
256	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum 17,2x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 17,2cm x 17,5cm, 235 cm²	1 szt.	5000223481421	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,00	20,52	21,75	28,33	26,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
257	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum 21,6x23 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 21,6cm x 23cm, 386 cm²	1 szt.	5000223481452	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,88	33,35	35,35	44,00	44,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,20
258	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,90	10,69	11,33	15,32	13,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,78
259	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,90	10,69	11,33	15,32	13,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,69
260	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,27	24,05	25,50	32,41	30,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,94
261	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,27	24,05	25,50	32,41	30,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,74
262	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,09	3,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,70
263	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,09	3,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,68
264	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455123834	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,64	13,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
265	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455123834	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,64	13,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,01
266	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455127115	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,64	13,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
267	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455127115	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,64	13,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,01
268	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123711	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,40	15,55	16,48	21,96	21,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,05
269	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123711	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,40	15,55	16,48	21,96	21,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,66
270	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123759	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,60	27,65	29,31	37,05	37,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,12
271	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123759	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,60	27,65	29,31	37,05	37,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
272	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm²	1 szt.	0768455123841	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,75	22,41	23,76	30,67	30,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,20
273	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm²	1 szt.	0768455123841	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,75	22,41	23,76	30,67	30,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
274	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm²	1 szt.	0768455123865	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,70	29,92	31,71	39,81	39,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,94
275	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm²	1 szt.	0768455123865	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,70	29,92	31,71	39,81	39,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
276	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm²	1 szt.	0768455123766	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,20	33,70	35,72	44,42	44,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,33
277	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm²	1 szt.	0768455123766	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,20	33,70	35,72	44,42	44,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
278	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123728	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,30	30,56	32,40	40,60	40,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
279	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123728	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,30	30,56	32,40	40,60	40,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
280	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm²	1 szt.	0768455123858	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	36,90	39,85	42,24	51,81	51,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,54
281	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm²	1 szt.	0768455123858	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	36,90	39,85	42,24	51,81	51,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
282	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm²	1 szt.	0768455123735	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,80	44,06	46,71	56,72	56,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,02
283	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm²	1 szt.	0768455123735	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,80	44,06	46,71	56,72	56,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
284	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm²	1 szt.	0768455123742	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	69,10	74,63	79,11	92,38	92,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,71
285	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm²	1 szt.	0768455123742	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	69,10	74,63	79,11	92,38	92,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
286	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932861557	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	9,10	9,83	10,42	12,47	6,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,63
287	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156.25 cm²	1 szt.	5708932861571	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	14,18	15,31	16,23	19,24	10,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,68
288	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm²	1 szt.	5708932861564	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	29,44	31,80	33,71	39,00	22,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,33
289	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56.25 cm²	1 szt.	5708932861540	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	5,23	5,65	6,19	7,50	3,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,78
290	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 380 cm²	1 szt.	5708932861526	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	35,41	38,24	40,53	46,50	26,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
291	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm²	1 szt.	5708932861533	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	47,90	51,73	54,83	62,04	36,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	36,46
292	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,80	6,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,96
293	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,80	6,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,89
294	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,40	15,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,52
295	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,40	15,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,85
296	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 10x10 cm, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 100 cm²	1 szt.	5708932551540	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	10,20	11,02	11,67	15,51	11,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,37
297	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 225 cm²	1 szt.	5708932551571	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,80	21,38	22,67	29,38	26,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,07
298	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm²	1 szt.	5708932861588	2024-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	36,44	39,36	41,72	51,05	46,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,50
299	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106331	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,70	9,40	9,96	13,80	11,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,66
300	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	6940610106362	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,40	18,79	19,92	26,25	23,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,98
301	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	6940610106423	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,57	21,14	22,40	29,11	26,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,80
302	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	6940610106485	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	34,80	37,58	39,84	49,17	46,50	Przewlekłe owrzodzenia		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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
303	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	6940610106515	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	52,20	56,38	59,76	71,09	69,75	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,27
304	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x40 cm, opatrunek, 800 cm²	1 szt.	6940610106546	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	69,60	75,17	79,68	93,00	93,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,90
305	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106607	2022-05-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,72	13,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,60
306	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	6940610106690	2022-05-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	29,04	29,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,71
307	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	6940610106751	2022-05-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,80	37,58	39,84	49,03	49,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,71
308	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm²	1 szt.	5000223466695	2022-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,00	9,72	10,30	14,29	13,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,75
309	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm²	1 szt.	5000223466725	2022-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,25	21,87	23,19	30,10	30,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,03
310	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 100 cm²	1 szt.	6941094060447	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,40	9,07	9,61	13,37	13,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,25
311	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 100 cm²	1 szt.	6941094060447	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,40	9,07	9,61	13,37	13,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,34
312	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 15x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 300 cm²	1 szt.	6941094060744	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	25,00	27,00	28,62	36,35	36,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,91
313	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 15x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 300 cm²	1 szt.	6941094060744	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	25,00	27,00	28,62	36,35	36,35	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
314	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 400 cm²	1 szt.	6941094060805	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	33,50	36,18	38,35	47,54	47,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,26
315	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 400 cm²	1 szt.	6941094060805	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	33,50	36,18	38,35	47,54	47,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
316	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	6941094060553	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	42,00	45,36	48,08	58,30	58,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,49
317	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	6941094060553	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	42,00	45,36	48,08	58,30	58,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
318	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 800 cm²	1 szt.	6941094060799	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	67,20	72,58	76,93	90,07	90,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,02
319	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 800 cm²	1 szt.	6941094060799	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	67,20	72,58	76,93	90,07	90,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
320	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455142231	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,17	8,82	9,36	12,92	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,94
321	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455142231	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,17	8,82	9,36	12,92	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,52
322	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455142248	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,38	19,85	21,04	27,48	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,53
323	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455142248	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,38	19,85	21,04	27,48	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
324	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm²	1 szt.	0768455142255	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,40	5,83	6,37	8,84	7,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,58
325	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm²	1 szt.	0768455142255	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,40	5,83	6,37	8,84	7,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,32
326	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455142224	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,23	5,65	6,19	8,59	7,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,48
327	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455142224	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,23	5,65	6,19	8,59	7,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,29
328	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	4054596954588	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,51	3,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,88
329	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	4054596954588	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,51	3,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,75
330	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm²	1 szt.	4054596954670	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,59	13,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,08
331	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm²	1 szt.	4054596954670	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,59	13,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
332	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013953	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
333	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013953	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,12
334	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343014028	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,90
335	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343014028	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,20
336	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	8715343014141	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,10	28,19	29,88	37,35	34,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
337	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	8715343014141	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,10	28,19	29,88	37,35	34,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,15
338	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm²	1 szt.	8715343025956	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,19	39,09	41,43	50,49	47,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,30
339	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm²	1 szt.	8715343025956	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,19	39,09	41,43	50,49	47,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,07
340	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm²	1 szt.	8715343025987	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,04	47,56	50,41	60,40	57,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,00
341	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm²	1 szt.	8715343025987	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,04	47,56	50,41	60,40	57,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,69
342	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343026847	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	9,96	13,80	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,20
343	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343026847	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	9,96	13,80	12,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,51
344	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343026915	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	22,41	29,12	27,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,76
345	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343026915	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	22,41	29,12	27,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,46
346	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343026977	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	39,84	49,17	49,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,75
347	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343026977	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	39,84	49,17	49,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
348	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013762	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
349	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013762	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,12
350	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343013793	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,90
351	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343013793	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,20
352	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343013878	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,80	37,58	39,84	48,68	45,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
353	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343013878	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,80	37,58	39,84	48,68	45,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,08
354	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm²	1 szt.	8715343025895	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,23	16,45	17,43	22,79	19,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,83
355	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm²	1 szt.	8715343025895	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,23	16,45	17,43	22,79	19,95	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,84
356	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019184	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
357	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019184	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,12
358	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019214	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,90
359	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019214	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,20
360	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	8715343019269	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	87,00	93,96	99,60	113,53	113,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,06
361	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	8715343019269	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	87,00	93,96	99,60	113,53	113,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
362	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	8715343019153	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,44	4,80	5,34	7,32	5,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,25
363	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	8715343019153	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,44	4,80	5,34	7,32	5,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,51
364	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019405	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
365	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019405	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,12
366	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019450	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,90
367	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019450	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,20
368	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	8715343019375	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,97	6,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
369	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	8715343019375	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,97	6,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,56
370	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343067321	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,50	8,10	8,64	12,48	11,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,34
371	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x15 cm, opatrunek, 150 cm²	1 szt.	8715343067338	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	11,25	12,15	12,88	17,97	17,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,76
372	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	8715343066157	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,00	16,20	17,17	23,50	23,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,23
373	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343067307	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	30,00	32,40	34,34	43,67	43,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,10
374	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	8715343067314	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	44,40	47,95	50,82	62,15	62,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,65
375	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x40 cm, opatrunek, 800 cm²	1 szt.	8715343048290	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	59,20	63,94	67,77	81,09	81,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,33
376	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430504999	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,55	21,11	22,38	28,54	23,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,78
377	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430504999	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,55	21,11	22,38	28,54	23,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,60
378	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446459	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	17,97	22,90	17,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,43
379	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446459	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	17,97	22,90	17,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,09
380	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430505019	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	29,80	32,18	34,12	41,68	34,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,24
381	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430505019	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	29,80	32,18	34,12	41,68	34,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,77
382	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	7332551306441	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	97,30	105,08	111,39	125,32	113,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	45,53
383	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	7332551306441	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	97,30	105,08	111,39	125,32	113,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
384	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	20,26	20,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,08
385	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	20,26	20,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
386	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	28,41	28,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,52
387	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	28,41	28,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
388	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	7333350370565	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,97	7,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,84
389	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	7333350370565	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,97	7,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,64
390	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	7323190249473	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
391	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	7323190249473	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,12
392	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	7323190249497	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,84	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,89
393	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	7323190249497	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,84	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,19
394	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	7323190249459	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,97	6,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,48
395	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	7323190249459	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,97	6,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,56
396	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm²	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	35,21	35,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
397	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm²	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	35,21	35,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
398	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430666598	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	17,97	22,90	17,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,43
399	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430666598	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	17,97	22,90	17,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,09
400	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430666642	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,95	29,11	30,86	38,42	34,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,98
401	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430666642	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,95	29,11	30,86	38,42	34,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,51
402	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430666505	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	7,05	7,61	8,15	10,54	7,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,45
403	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430666505	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	7,05	7,61	8,15	10,54	7,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,27
404	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm²	1 szt.	7332430727572	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	23,30	30,40	30,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,12
405	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm²	1 szt.	7332430727572	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	23,30	30,40	30,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
406	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm²	1 szt.	7332430008800	2022-11-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	45,79	55,72	55,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,72
407	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm²	1 szt.	7332430008800	2022-11-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	45,79	55,72	55,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
408	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm²	1 szt.	7310792907108	2022-11-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,95	8,59	9,13	12,68	12,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,80
409	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm²	1 szt.	7310792907108	2022-11-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,95	8,59	9,13	12,68	12,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
410	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190179527	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,02	11,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
411	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190179527	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,02	11,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,39
412	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm²	1 szt.	7323190179428	2022-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	16,97	18,33	19,43	26,05	25,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,25
413	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm²	1 szt.	7323190179442	2022-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	25,97	28,05	29,73	38,96	38,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,69
414	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 10x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 200 cm²	1 szt.	7323190179541	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,40	15,55	16,48	22,81	22,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,84
415	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm²	1 szt.	7323190179572	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	44,55	48,11	51,00	62,33	62,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,70
416	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 20x40 cm, opatrunek specjalistyczny, 800 cm²	1 szt.	7323190179589	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	48,00	51,84	54,95	68,27	68,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,48
417	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,66	15,83	16,78	23,00	23,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,90
418	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,66	15,83	16,78	23,00	23,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
419	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	18,26	18,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,48
420	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	18,26	18,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
421	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	18,26	18,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
422	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	18,26	18,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
423	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm²	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,36	32,79	34,75	44,15	44,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,25
424	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm²	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,36	32,79	34,75	44,15	44,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
425	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,35	24,14	25,59	33,41	33,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,02
426	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,35	24,14	25,59	33,41	33,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
427	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199604893	2024-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,25	42,39	44,94	55,16	55,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,55
428	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199604893	2024-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,25	42,39	44,94	55,16	55,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
429	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm2	1 szt.	3546895520270	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,10	9,83	10,42	14,29	12,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,40
430	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x15 cm, opatrunek na rany, 225 cm2	1 szt.	3546895520287	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	20,48	22,12	23,45	30,20	28,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,19
431	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm2	1 szt.	3546895520294	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	27,30	29,48	31,26	39,14	38,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
432	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm2	1 szt.	3546895520263	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	3,28	3,54	4,08	5,70	4,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,50
433	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean ROPE 40x5 cm, opatrunek na rany, 200 cm2	1 szt.	3546895520300	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	18,20	19,66	20,83	27,20	25,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,42
434	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	7350031913521	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,88	8,51	9,05	12,89	11,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,75
435	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	7350031913538	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,75	17,01	18,04	24,37	23,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,10
436	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	7350031913552	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	47,24	51,02	54,08	65,41	65,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,62
437	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518048	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,56	11,40	12,09	16,46	15,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,79
438	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518048	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,56	11,40	12,09	16,46	15,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,22
439	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518055	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,50	28,62	30,34	38,22	38,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,55
440	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518055	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,50	28,62	30,34	38,22	38,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,12
441	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm²	1 szt.	3546895518062	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	53,00	57,24	60,67	72,06	72,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,62
442	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm²	1 szt.	3546895518062	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	53,00	57,24	60,67	72,06	72,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
443	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm²	1 szt.	3546895518079	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	10,08	13,95	12,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,06
444	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518086	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,40	28,51	30,22	38,10	38,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
445	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518086	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,40	28,51	30,22	38,10	38,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
446	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm²	1 szt.	3546895518116	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	10,08	13,95	12,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,06
447	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 13x13 cm, opatrunek na rany, 169 cm²	1 szt.	3546895518123	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	14,87	16,06	17,02	22,63	21,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,61
448	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518130	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,40	28,51	30,22	38,10	38,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,43
449	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 8x8 cm, opatrunek na rany, 64 cm²	1 szt.	3546895518109	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	5,63	6,08	6,62	9,23	8,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,54
450	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum 20x20 cm, opatrunek na rany, 400 cm²	1 szt.	3546895518147	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	35,20	38,02	40,29	49,67	49,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,90
451	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb adhesive opatrunek z superabsorbentem, samoprzylepny 12x12 cm, opatrunek z superabsorbentem, 144 cm²	1 szt.	4021447587721	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	10,70	11,56	12,25	17,19	16,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,47
452	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem , 100 cm²	1 szt.	4056649067429	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,40	4,75	5,29	9,13	9,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,74
453	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 156.25 cm²	1 szt.	4056649067443	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,80	5,18	5,72	10,96	10,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
454	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x22,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 281.25 cm²	1 szt.	4056649067467	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,10	8,75	9,29	16,84	16,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,05
455	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x22 cm, opatrunek z superabsorbentem , 484 cm²	1 szt.	4056649067481	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,00	15,12	16,03	26,20	26,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86
456	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x32 cm, opatrunek z superabsorbentem , 704 cm²	1 szt.	4056649067504	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	20,00	21,60	22,90	35,26	35,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
457	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	6940610104740	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	23,17	23,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,95
458	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	6940610104733	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,56	12,48	13,23	18,38	18,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,51
459	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 15x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 375 cm²	1 szt.	6940610104757	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	27,75	29,97	31,77	40,60	40,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,18
460	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 20x30 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 600 cm²	1 szt.	6940610104771	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	61,56	61,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,47
461	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm2	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,92	11,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,78
462	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm2	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,92	11,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,29
463	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm2	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,48	23,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,21
464	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm2	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,48	23,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,23
465	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm2	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,91	93,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,81
466	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm2	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,91	93,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,91
467	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199276106	2024-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	17,00	18,36	19,46	25,68	25,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,70
468	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199276106	2024-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	17,00	18,36	19,46	25,68	25,68	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
469	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199276069	2024-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,28	14,34	15,21	20,36	20,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,11
470	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199276069	2024-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,28	14,34	15,21	20,36	20,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
471	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199276274	2024-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	42,50	45,90	48,65	58,87	58,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,66
472	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199276274	2024-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	42,50	45,90	48,65	58,87	58,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
473	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199298290	2024-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,28	14,34	15,21	20,36	20,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,11
474	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199298290	2024-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,28	14,34	15,21	20,36	20,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
475	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199298337	2024-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,03	28,11	29,80	37,62	37,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,29
476	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199298337	2024-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,03	28,11	29,80	37,62	37,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
477	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	6,56	7,08	7,62	10,63	10,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
478	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	6,56	7,08	7,62	10,63	10,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
479	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 17,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm²	1 szt.	5000223415594	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	12,86	13,89	14,72	19,79	19,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,94
480	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 17,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm²	1 szt.	5000223415594	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	12,86	13,89	14,72	19,79	19,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
481	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 22,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm²	1 szt.	5000223416799	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	20,30	21,92	23,24	30,28	30,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,08
482	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 22,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm²	1 szt.	5000223416799	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	20,30	21,92	23,24	30,28	30,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
483	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223426705	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,01	7,57	8,11	10,87	9,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
484	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223426705	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,01	7,57	8,11	10,87	9,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,08
485	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm²	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,00	4,32	4,86	6,91	6,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,07
486	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm²	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,00	4,32	4,86	6,91	6,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
487	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm²	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,39	12,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,72
488	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm²	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,39	12,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
489	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm²	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,53	24,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,36
490	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm²	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,53	24,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
491	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,60	21,17	22,44	29,32	29,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,80
492	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,60	21,17	22,44	29,32	29,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
493	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611832	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,54	116,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,96
494	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611832	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,54	116,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
495	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611818	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	90,93	88,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,77
496	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611818	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	90,93	88,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
497	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004619883	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,53	116,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,96
498	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004619869	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	90,92	88,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,76
499	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,54	116,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,96
500	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,54	116,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
501	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	90,93	88,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,77
502	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	90,93	88,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,13
503	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004619876	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	90,92	88,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,76
504	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standarde 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004619890	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,53	116,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,96
505	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	6940610114831	2024-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,20	8,86	9,40	12,96	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
506	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm²	1 szt.	4056649683124	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	12,70	13,72	14,54	19,47	17,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,00
507	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm²	1 szt.	4056649683186	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	21,41	27,85	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,90
508	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm²	1 szt.	4056649683216	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,76	45,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,84
509	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63,75 cm²	1 szt.	6940610114893	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,48	5,92	6,46	8,85	7,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,76
510	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	4056649683308	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,35	9,02	9,56	13,12	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,14
511	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587.5 cm²	1 szt.	4056649917687	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	40,21	43,43	46,03	56,76	56,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
512	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm²	1 szt.	6940610115432	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,40	15,55	16,48	21,95	20,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,59
513	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297,5 cm²	1 szt.	6940610115371	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,60	26,57	28,17	35,61	33,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,87
514	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	0382903205189	2024-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	14,10	15,23	16,15	21,01	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	7,79
515	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	0382903205172	2024-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	14,10	15,23	16,15	21,01	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	7,79
516	Igły do penów	Easydrip Classic 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	6972857293000	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	13,96	18,82	18,82	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,65
517	Igły do penów	Easydrip Classic 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	6972857293017	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	13,96	18,82	18,82	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,65
518	Igły do penów	Iglessy 0,23x4 mm (32G), igły	100 szt.	5907553012045	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
519	Igły do penów	Iglessy 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012021	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
520	Igły do penów	Iglessy 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012038	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
521	Igły do penów	Iglessy 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	5907553012014	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
522	Igły do penów	PIC Insupen Orginal 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	8058090005094	2024-04-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
523	Igły do penów	PIC Insupen Orginal 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	8058090004578	2024-04-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
524	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,72	11,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
525	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,72	11,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
526	Paski do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	Keto-Diastix, test paskowy	50 szt.	5016003288302	2022-01-01	3 lata	219.1, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	11,80	12,74	13,51	18,24	18,24	Cukrzyca		30%	5,47
527	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,30	29,48	31,26	39,26	39,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,43
528	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,30	29,48	31,26	39,26	39,03	Cukrzyca		30%	11,94
529	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,40	29,59	31,36	39,36	39,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,53
530	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,40	29,59	31,36	39,36	39,03	Cukrzyca		30%	12,04
531	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	54,50	58,86	62,39	73,95	73,95	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
532	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	54,50	58,86	62,39	73,95	73,95	Cukrzyca		30%	22,19
533	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	50 szt.	4015630066810	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,09	29,26	31,02	39,02	39,02	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
534	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	50 szt.	4015630066810	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,09	29,26	31,02	39,02	39,02	Cukrzyca		30%	11,71
535	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,30	29,48	31,26	39,26	39,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,43
536	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,30	29,48	31,26	39,26	39,03	Cukrzyca		30%	11,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
537	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,32	38,32	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
538	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,32	38,32	Cukrzyca		30%	11,50
539	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,10	29,27	31,03	39,03	39,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
540	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,10	29,27	31,03	39,03	39,03	Cukrzyca		30%	11,71
541	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,15	29,32	31,08	39,08	39,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,25
542	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,15	29,32	31,08	39,08	39,03	Cukrzyca		30%	11,76
543	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,50	29,70	31,48	39,48	39,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,65
544	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,50	29,70	31,48	39,48	39,03	Cukrzyca		30%	12,16
545	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,95	25,87	27,42	35,42	35,42	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
546	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,95	25,87	27,42	35,42	35,42	Cukrzyca		30%	10,63
547	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,79	38,79	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
548	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,79	38,79	Cukrzyca		30%	11,64
549	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	29,76	37,76	37,76	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
550	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	29,76	37,76	37,76	Cukrzyca		30%	11,33
551	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2023-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,11	38,11	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
552	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2023-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,11	38,11	Cukrzyca		30%	11,43
553	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,80	27,86	29,54	37,54	37,54	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
554	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,80	27,86	29,54	37,54	37,54	Cukrzyca		30%	11,26
555	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2024-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,79	38,79	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
556	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2024-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,79	38,79	Cukrzyca		30%	11,64
557	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,77	28,91	30,65	38,65	38,65	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
558	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,77	28,91	30,65	38,65	38,65	Cukrzyca		30%	11,60
559	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,40	28,51	30,22	38,22	38,22	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
560	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,40	28,51	30,22	38,22	38,22	Cukrzyca		30%	11,47
561	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,55	29,75	31,54	39,54	39,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,71
562	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,55	29,75	31,54	39,54	39,03	Cukrzyca		30%	12,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
563	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,87	29,02	30,76	38,76	38,76	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
564	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,87	29,02	30,76	38,76	38,76	Cukrzyca		30%	11,63
565	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosure HT, test paskowy	50 szt.	4713648760811	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	29,76	37,76	37,76	Cukrzyca		30%	11,33
566	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,20	29,38	31,14	39,14	39,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,31
567	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,20	29,38	31,14	39,14	39,03	Cukrzyca		30%	11,82
568	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2022-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,90	27,97	29,65	37,65	37,65	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
569	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2022-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,90	27,97	29,65	37,65	37,65	Cukrzyca		30%	11,30
570	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,95	25,87	27,42	35,42	35,42	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
571	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,95	25,87	27,42	35,42	35,42	Cukrzyca		30%	10,63
572	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2022-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,50	28,62	30,34	38,34	38,34	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
573	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2022-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,50	28,62	30,34	38,34	38,34	Cukrzyca		30%	11,50
574	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,96	29,12	30,87	38,87	38,87	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
575	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,96	29,12	30,87	38,87	38,87	Cukrzyca		30%	11,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
576	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,32	38,32	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
577	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,32	38,32	Cukrzyca		30%	11,50
578	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	6970221762749	2024-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,32	38,32	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
579	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	6970221762749	2024-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,32	38,32	Cukrzyca		30%	11,50
580	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaGuard V20, test paskowy	50 szt.	6970221762602	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,11	38,11	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
581	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaGuard V20, test paskowy	50 szt.	6970221762602	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,11	38,11	Cukrzyca		30%	11,43
582	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9120015788258	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,50	26,46	28,05	36,05	36,05	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
583	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9120015788258	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,50	26,46	28,05	36,05	36,05	Cukrzyca		30%	10,82

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2024-10-01	3 lata	1210.0, Abemacyklib	11101,84	11989,99	12709,39	12709,39	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2024-10-01	3 lata	1210.0, Abemacyklib	11101,84	11989,99	12709,39	12709,39	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2024-10-01	3 lata	1210.0, Abemacyklib	11101,84	11989,99	12709,39	12709,39	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
4	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05415062384565	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocytynib	3775,43	4077,46	4322,12	4322,12	B.124.	bezpłatny	0 zł
5	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05415062384572	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocytynib	4908,06	5300,70	5618,74	5618,74	B.124.	bezpłatny	0 zł
6	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05415062384558	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocytynib	3775,43	4077,46	4322,12	2161,06	B.124.	bezpłatny	0 zł
7	Acalabrutinibum	Calquence, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05000456071116	2024-04-01	2 lata	1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.79.	bezpłatny	0 zł
8	Acidum carglumicum	Carbaglu, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	05909990213894	2023-03-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	17000,00	18360,00	19461,60	14023,80	B.143.	bezpłatny	0 zł
9	Acidum carglumicum	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	08718858150847	2023-11-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	12250,00	13230,00	14023,80	14023,80	B.143.	bezpłatny	0 zł
10	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 amp.-strzyk. 0,4 ml	08715131019761	<1>2024-04-01/<2>2022-03-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	418,57	452,06	479,17	274,75	<1>B.33.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
11	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml	08715131019808	<1><2><3><4>2024-04-01/<5>2022-03-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1674,28	1808,22	1916,72	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
12	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp. - strzyk. 0,8 ml z zabezpieczeniem	07613421020897	<1><2><3><4>2024-04-01/<5>2022-03-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1800,00	1944,00	2060,64	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
13	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml	07613421020880	<1><2><3><4>2024-04-01/<5>2022-03-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1800,00	1944,00	2060,64	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
14	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034213	<1><2><3><4><5>2023-03-01/<6>2024-04-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1191,49	1286,81	1364,02	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
15	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034220	<1><2><3><4><5>2023-03-01/<6>2024-04-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1191,49	1286,81	1364,02	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
16	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	1 wstrzykiwacz 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem	05996537014243	2023-05-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	599,00	646,92	685,74	549,51	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
17	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem	05996537014250	<1><2><3><4><5>2023-05-01/<6>2023-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
18	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg	1 wstrzykiwacz 0,8 ml + 2 gaziki nasączone alkoholem	05996537016087	<1><2><3><4><5>2023-05-01/<6>2023-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
19	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991083397	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	4207,14	B.6.	bezpłatny	0 zł
20	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991083434	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
21	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991083465	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
22	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991039400	2023-01-01	3 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	968,85	1046,36	1109,14	1109,14	B.4.	bezpłatny	0 zł
23	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 8 ml	05909991039462	2023-01-01	3 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	1937,70	2092,72	2218,28	2218,28	B.4.	bezpłatny	0 zł
24	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 114,3 mg/ml	1 fiol.a 0,263 ml	04057598023047	2024-10-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	5880,01	6350,41	6731,43	6731,43	B.70.	bezpłatny	0 zł
25	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	2022-11-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	1950,00	2106,00	2232,36	2232,36	B.70.	bezpłatny	0 zł
26	Agalsidasum alfa	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. 3,5 ml	05909990999514	2023-09-01	3 lata	1191.1, Agalzydaza alfa	5500,00	5940,00	6296,40	6296,40	B.104.	bezpłatny	0 zł
27	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg	1 fiol.	05909990971213	2023-09-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	10531,77	11374,31	12056,77	12056,77	B.104.	bezpłatny	0 zł
28	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05909990013654	2023-09-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	1504,55	1624,91	1722,41	1722,40	B.104.	bezpłatny	0 zł
29	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326180	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	7900,00	8532,00	9043,92	4453,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
30	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326197	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	15800,00	17064,00	18087,84	8906,56	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
31	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326166	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1975,00	2133,00	2260,98	1113,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
32	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326173	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	3950,00	4266,00	4521,96	2226,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
33	Alectinibum	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg	224 szt.	05902768001143	2023-07-01	2 lata	1190.0, Alectinib	21135,76	22826,62	24196,22	24196,22	B.6.	bezpłatny	0 zł
34	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	05909991088156	2023-01-01	2 lata	1160.0, Alemtuzumab	26192,88	28288,31	29985,61	29985,61	B.29.	bezpłatny	0 zł
35	Alglucosidasum alfa	Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990623853	2024-04-01	3 lata	1052.0, Alglucosidase alfa	1752,00	1892,16	2005,69	2005,69	B.22.	bezpłatny	0 zł
36	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991236618	2022-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
37	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzykiwacz	05909991441166	2022-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
38	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	07613421024826	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
39	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	07613421024840	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	11448,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
40	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 50+200 mg	56 szt. (28 x 50 mg + 28 x 200 mg)	07613421024833	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
41	Amifampridinum	Firdapse, tabl., 10 mg	100 szt.	05055956400706	2023-11-01	2 lata	1227.0, Amifamprydyna	7875,00	8505,00	9015,30	9015,30	B.121.	bezpłatny	0 zł
42	Anakinrum	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml	7 amp.-strz. po 0,67 ml z podziałką	07350031443271	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1153.0, Anakinra	795,80	859,46	911,03	911,03	<1>B.33; <2>B.86.	bezpłatny	0 zł
43	Anifrolumabum	Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 2 ml	05000456072700	2023-09-01	2 lata	1284.0, Anifrolumab	3940,00	4255,20	4510,51	4510,51	B.150.	bezpłatny	0 zł
44	Apalutamidum	Erleada, tabl. powl., 60 mg	120 szt.	05413868117059	2023-03-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł
45	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol.a 20 ml	05909991247904	2022-09-01	3 lata	1177.0, Apomorfina	700,00	756,00	801,36	801,36	B.90.	bezpłatny	0 zł
46	Asciminibum	Scemblix, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	07613421131616	2023-11-01	2 lata	1288.0, Asciminib	26240,00	28339,20	30039,55	15019,78	B.14.	bezpłatny	0 zł
47	Asciminibum	Scemblix, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	07613421131623	2023-11-01	2 lata	1288.0, Asciminib	26240,00	28339,20	30039,55	30039,55	B.14.	bezpłatny	0 zł
48	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	12 fiol. po 0,8 ml	05391527745112	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	172800,00	186624,00	188784,00	188784,00	B.165.	bezpłatny	0 zł
49	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 0,45 ml	05391527745143	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	38880,00	41990,40	44150,40	44150,40	B.165.	bezpłatny	0 zł
50	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 0,70 ml	05391527745136	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	60480,00	65318,40	67478,40	67478,40	B.165.	bezpłatny	0 zł
51	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 1 ml	05391527745129	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	86400,00	93312,00	95472,00	95472,00	B.165.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
52	Atalurenum	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 1000 mg	30 sasz.	05391528830510	2024-07-01	2 lata	1239.0, Ataluren	97032,12	104794,69	106954,69	106954,69	B.130.	bezpłatny	0 zł
53	Atalurenum	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 125 mg	30 sasz.	05391528830497	2024-07-01	2 lata	1239.0, Ataluren	12129,02	13099,34	13885,30	13885,30	B.130.	bezpłatny	0 zł
54	Atalurenum	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 250 mg	30 sasz.	05391528830503	2024-07-01	2 lata	1239.0, Ataluren	24258,03	26198,67	27770,59	27770,59	B.130.	bezpłatny	0 zł
55	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fiol.a 20 ml	05902768001167	<1>2024-07-01/<2>2023-09-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	16336,32	17643,23	18701,82	18701,82	<1>B.5.; <2>B.6.	bezpłatny	0 zł
56	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 840 mg	1 fiol.a 14 ml	07613326025546	2023-09-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	11435,42	12350,25	13091,27	13091,27	B.6.	bezpłatny	0 zł
57	Avalglucosidasum alfa	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05909991472474	2024-01-01	2 lata	1052.1, Awalglukozydaza alfa	4650,00	5022,00	5323,32	5323,32	B.22.	bezpłatny	0 zł
58	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powl., 20 mg	10 szt.	07350031443110	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	2477,49	2675,69	2836,23	2836,23	B.97.	bezpłatny	0 zł
59	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powl., 20 mg	15 szt.	07350031443127	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	3716,24	4013,54	4254,35	4254,35	B.97.	bezpłatny	0 zł
60	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	07350031443134	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	7432,47	8027,07	8508,69	8508,69	B.97.	bezpłatny	0 zł
61	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	3424,00	3697,92	3919,80	3919,80	<1>B.117.; <2>B.141.FM	bezpłatny	0 zł
62	Axicabtagene ciloleucel	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991438487	2024-10-01	2 lata	1226.1, Aksykabtagen cyloleucel	1200000,00	1296000,00	1298160,00	1298160,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
63	Azacitidine	Onureg, tabl. powl., 200 mg	7 szt.	07640133688435	2023-05-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	31230,00	33728,40	35752,10	23834,73	B.114.	bezpłatny	0 zł
64	Azacitidine	Onureg, tabl. powl., 300 mg	7 szt.	07640133688442	2023-05-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	31230,00	33728,40	35752,10	35752,10	B.114.	bezpłatny	0 zł
65	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powl., 2 mg	35 szt.	03837000170740	<1>2024-01-01/<2>2022-11-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
66	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powl., 4 mg	35 szt.	03837000170825	<1>2024-01-01/<2>2022-11-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
67	Bedaquilinum	Sirturo, tabl., 100 mg	188 szt.	05909991140984	2024-04-01	2 lata	1249.0, Bedakilina	50966,48	55043,80	57203,80	57203,80	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
68	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 amp.-strz. a 1 ml	05000456031516	2024-07-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	B.44.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
69	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 wstrzykiwacz a 1 ml	05000456059213	2024-07-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	B.44.	bezpłatny	0 zł
70	Betainum anhydricum	Cystadane, proszek doustny, 1 g	180 g	03663502000441	2023-01-01	3 lata	1084.0, Betaine anhydrous	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.21.	bezpłatny	0 zł
71	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	2024-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
72	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2024-10-01/<2><5>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><2><3><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
73	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01/<4>2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	501,35	541,46	573,94	480,82	<4>B.70.	bezpłatny	0 zł
74	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><3>2022-03-01/<2><5>2024-04-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	422,50	456,30	483,68	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
75	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	275,00	297,00	314,82	314,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
76	Bexarotenum	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg	100 szt.	05909990213504	2024-01-01	3 lata	1129.0, Beksaroten	3200,00	3456,00	3663,36	3663,36	B.66.	bezpłatny	0 zł
77	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413787222452	2024-10-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	3961,22	4278,12	4534,80	4534,80	B.35.; B.36.; B.82.	bezpłatny	0 zł
78	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05413787220618	2023-03-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	8222,43	8880,22	9413,04	9413,04	B.47.	bezpłatny	0 zł
79	Binimetinib	Mektovi, tabl. powl., 15 mg	84 szt.	03573994003922	2024-10-01	3 lata	1214.0, Binimetynib	9708,39	10485,06	11114,16	11114,16	B.59.	bezpłatny	0 zł
80	Blinatumomabum	Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg	1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml	05909991256371	2023-01-01	2 lata	1188.0, Blinatumomab	9245,21	9984,83	10583,91	10583,91	B.65.	bezpłatny	0 zł
81	Bosentanum	Bopaho, tabl. powl., 125 mg	56 szt.	05909991102869	2024-10-01	3 lata	1056.0, Bosentan	750,00	810,00	858,60	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
82	Bosentanum	Bosentan Ranbaxy, tabl. powl., 125 mg	56 szt.	05909991488529	2023-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	700,00	756,00	801,36	801,36	B.31.	bezpłatny	0 zł
83	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powl., 125 mg	56 szt.	05907626708004	2024-10-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1000,00	1080,00	1144,80	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
84	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991056841	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutynib	1855,10	2003,51	2123,72	2123,72	B.14.	bezpłatny	0 zł
85	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991056865	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutynib	9275,50	10017,54	10618,59	10618,59	B.14.	bezpłatny	0 zł
86	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	2024-10-01	2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	10800,00	11664,00	12363,84	12363,84	B.66; B.77.	bezpłatny	0 zł
87	Brexucabtagene autoleucel	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991460662	<1>2023-09-01/<2>2024-10-01	2 lata	1226.2, Breksukabtagen autoleucel	1295508,00	1399148,64	1401308,64	1401308,64	<1>B.12.FM.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
88	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	16266,00	17567,28	18621,32	18621,30	B.6.	bezpłatny	0 zł
89	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	07038319119970	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	2711,00	2927,88	3103,55	3103,55	B.6.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
90	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	8133,00	8783,64	9310,66	9310,65	B.6.	bezpłatny	0 zł
91	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 90+180 mg	28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg)	07038319119987	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	16266,00	17567,28	18621,32	16293,64	B.6.	bezpłatny	0 zł
92	Brolucizumabum	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 amp.-strzyk. 0,165 ml	07613421034993	2024-01-01	2 lata	1235.0, Brolucizumab	2636,68	2847,61	3018,47	3018,47	B.70.	bezpłatny	0 zł
93	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol.	05038903003915	2023-11-01	2 lata	1287.0, Burosumab	12684,00	13698,72	14520,64	14520,64	B.151.	bezpłatny	0 zł
94	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol.	05038903003922	2023-11-01	2 lata	1287.0, Burosumab	25368,00	27397,44	29041,29	29041,28	B.151.	bezpłatny	0 zł
95	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol.	05038903003939	2023-11-01	2 lata	1287.0, Burosumab	38052,00	41096,16	43256,16	43256,16	B.151.	bezpłatny	0 zł
96	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2023-05-01/<2><3>2024-07-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.;<2>B.10.;<3>B.119.	bezpłatny	0 zł
97	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2023-05-01/<2><3>2024-07-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.;<2>B.10.;<3>B.119.	bezpłatny	0 zł
98	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2023-05-01/<2><3>2024-07-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.;<2>B.10.;<3>B.119.	bezpłatny	0 zł
99	Cannabidiolum	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but. 100 ml	05055813900103	2024-01-01	2 lata	1294.0, Kannabidiol	4550,00	4914,00	5208,84	5208,84	<1>B.153.;<2>B.154.FM.	bezpłatny	0 zł
100	Caplacizumabum	Cablivi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strzyk.	05909991413385	2024-10-01	1 rok 6 miesięcy	1307.0, Kaplacyzumab	15437,49	16672,49	17672,84	17672,84	B.164.	bezpłatny	0 zł
101	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.	05909991298463	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	674,33	728,28	771,97	771,97	B.54.	bezpłatny	0 zł
102	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991298470	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	2023,00	2184,84	2315,93	2315,91	B.54.	bezpłatny	0 zł
103	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol.	05909991256388	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	4046,00	4369,68	4631,86	4631,82	B.54.	bezpłatny	0 zł
104	Cemiplimabum	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol.	05909991408329	<1>2023-01-01/<2>2023-05-01/<3>2023-11-01	2 lata	1231.0, Cemiplimab	17170,00	18543,60	19656,22	19656,22	<1>B.6.;<2>B.88.;<3>B.125.	bezpłatny	0 zł
105	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>2024-10-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1104.0, Certolizumab pegol	2532,32	2734,91	2899,00	2899,00	<1>B.33.;<2>B.35.;<3>B.36.;<4>B.47.;<5>B.82.	bezpłatny	0 zł
106	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05055565762707	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	300,00	324,00	343,44	343,44	B.39.	bezpłatny	0 zł
107	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05055565762714	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
108	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05055565762721	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	900,00	972,00	1030,32	1030,32	B.39.	bezpłatny	0 zł
109	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991417192	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	200,00	216,00	228,96	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł
110	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909991417253	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	400,00	432,00	457,92	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
111	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909991417314	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
112	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990016297	2024-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	386,95	417,91	442,98	343,44	B.39.	bezpłatny	0 zł
113	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909990016341	2024-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	773,89	835,80	885,95	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
114	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909990016389	2024-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	1160,84	1253,71	1328,93	1030,32	B.39.	bezpłatny	0 zł
115	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	1 szt.	04054839365331	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	8653,00	9345,24	9905,95	9905,95	B.29.	bezpłatny	0 zł
116	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	4 szt.	04054839365348	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	34612,00	37380,96	39540,96	39540,96	B.29.	bezpłatny	0 zł
117	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	6 szt.	04054839365355	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	51918,00	56071,44	58231,44	58231,44	B.29.	bezpłatny	0 zł
118	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powl., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2024-04-01	1 rok 6 miesięcy	1158.0, Kobimetynib	20000,00	21600,00	22896,00	22896,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
119	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg	60 szt.	05909991004484	2022-09-01	3 lata	1151.0, Kryzotynib	12907,80	13940,42	14776,85	14776,85	B.6.	bezpłatny	0 zł
120	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909991004507	2022-09-01	3 lata	1151.0, Kryzotynib	16134,75	17425,53	18471,07	18471,06	B.6.	bezpłatny	0 zł
121	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	12357,00	13345,56	14146,29	14146,29	B.59.	bezpłatny	0 zł
122	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	2883,30	3113,96	3300,80	3300,80	B.59.	bezpłatny	0 zł
123	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	18535,50	20018,34	21219,44	21219,43	B.59.	bezpłatny	0 zł
124	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	4324,95	4670,95	4951,21	4951,20	B.59.	bezpłatny	0 zł
125	Daratumumabum	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)	1 fiol. 15 ml	05413868119596	<1>2024-01-01/<2>2023-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	27113,80	29282,90	31039,88	31039,88	<1>B.54.; <2>B.145.	bezpłatny	0 zł
126	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991275235	2023-01-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	6342,41	6849,80	7260,79	7260,79	B.54.	bezpłatny	0 zł
127	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991275228	2023-01-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	1585,61	1712,46	1815,21	1815,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
128	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738779	2022-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	126,00	136,08	144,24	117,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
129	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738793	2022-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	189,00	204,12	216,37	176,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
130	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990738847	2022-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	252,00	272,16	288,49	235,00	B.37.	bezpłatny	0 zł
131	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738861	2022-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	315,00	340,20	360,61	293,74	B.37.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
132	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738885	2022-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	378,00	408,24	432,73	352,49	B.37.	bezpłatny	0 zł
133	Darolutamidum	Nubeqa, tabl. powl., 300 mg	112 szt.	05908229303337	2024-07-01	2 lata	1241.0, Darolutamid	12236,00	13214,88	14007,77	14007,77	B.56.	bezpłatny	0 zł
134	Denosumabum	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol.po 1,7 ml	05909990935024	2024-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	3286,85	3549,80	3762,78	3762,78	B.134.	bezpłatny	0 zł
135	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 szklistego	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	<1>B.70.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł
136	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	00646520415445	2024-10-01	3 miesiące	1145.0, Fumaran dimetylu	946,00	1021,68	1082,98	541,49	B.29.	bezpłatny	0 zł
137	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	00646520415452	2024-10-01	3 miesiące	1145.0, Fumaran dimetylu	3784,00	4086,72	4331,92	4331,92	B.29.	bezpłatny	0 zł
138	Dinutuximabum beta	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml	1 fiol.po 4,5 ml	05060146291736	2024-10-01	2 lata 6 miesięcy	1208.0, Dinutuksymab beta	36075,51	38961,55	41121,55	41121,55	B.110.	bezpłatny	0 zł
139	Dostarlimabum	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991449872	2023-09-01	2 lata	1280.0, Dostarlimab	24173,91	26107,82	27674,29	27674,29	B.148.	bezpłatny	0 zł
140	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 amp-strzyk. po 1,14 ml	05909991404741	<1>2024-07-01/<2>2022-11-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
141	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 wstrzykiwacze 1,14 ml	05909991490591	2024-07-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	B.44.	bezpłatny	0 zł
142	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę	05909991341435	<1>2024-07-01/<2>2022-11-01/<3>2024-04-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.; <3>B.156.	bezpłatny	0 zł
143	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 wstrzyk. po 2 ml	05909991490614	<1>2024-07-01/<2>2024-04-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.156.	bezpłatny	0 zł
144	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	<1>2024-10-01/<2>2023-03-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	9100,00	9828,00	10417,68	10417,67	<1>B.5.; <2>B.6.	bezpłatny	0 zł
145	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	2184,00	2358,72	2500,24	2500,24	B.6.	bezpłatny	0 zł
146	Eculizumabum	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	08715131025755	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1171.0, Ekulizumab	9563,06	10328,10	10947,79	10947,79	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
147	Eculizumabum	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	05909990643776	<1>2023-11-01/<2>2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1171.0, Ekulizumab	12750,75	13770,81	14597,06	10947,79	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
148	Efgartigimod alfa	Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. 20 ml	04150179912881	2024-04-01	2 lata	1297.0, Efgartigimod alfa	33500,00	36180,00	38340,00	38340,00	B.157.	bezpłatny	0 zł
149	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	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
150	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	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3600,00	3888,00	4121,28	4121,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
151	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246501	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
152	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246457	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	600,00	648,00	686,88	686,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
153	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246518	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	7200,00	7776,00	8242,56	8242,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
154	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246464	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
155	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441673	2023-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	B.15.	bezpłatny	0 zł
156	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441680	2023-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	7780,00	8402,40	8906,54	8906,54	B.15.	bezpłatny	0 zł
157	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441659	2023-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	972,50	1050,30	1113,32	1113,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
158	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441697	2023-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	11670,00	12603,60	13359,82	13359,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
159	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441666	2023-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1945,00	2100,60	2226,64	2226,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
160	Eliglustatum	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg	56 szt.	05909991205942	2024-04-01	9 miesięcy	1204.0, Eliglustat	75235,18	81253,99	83413,99	83413,99	B.23.	bezpłatny	0 zł
161	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.	08027950032181	2023-01-01	2 lata	1269.0, Elotuzumab	5800,00	6264,00	6639,84	6639,84	B.54.	bezpłatny	0 zł
162	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.	08027950032198	2023-01-01	2 lata	1269.0, Elotuzumab	7733,33	8352,00	8853,12	8853,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
163	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990748204	<1><3>2023-11-01/<2>2023-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	2979,84	3218,23	3411,32	3411,32	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
164	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990748235	<1><3>2023-11-01/<2>2023-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	5959,68	6436,45	6822,64	6822,64	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
165	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 0,4 ml	07613326004442	2024-07-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	13968,25	15085,71	15990,86	15990,86	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
166	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 0,7 ml	07613326004534	2024-07-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	24444,44	26400,00	27984,00	27984,00	B.15.	bezpłatny	0 zł
167	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	07613326004763	2024-07-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	34920,63	37714,28	39874,28	39874,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
168	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	07613326004756	2024-07-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	6984,13	7542,86	7995,43	7995,43	B.15.	bezpłatny	0 zł
169	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	03573994003939	2024-10-01	3 lata	1213.0, Enkorafenib	2639,00	2850,12	3021,13	3021,13	B.59.	bezpłatny	0 zł
170	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	2024-10-01	3 lata	1213.0, Enkorafenib	5700,23	6156,25	6525,62	6525,62	B.59.	bezpłatny	0 zł
171	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991487430	2023-11-01	2 lata	1291.0, Enfortumab wedotyny	2813,00	3038,04	3220,32	3220,32	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
172	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991487447	2023-11-01	2 lata	1291.0, Enfortumab wedotyny	4219,50	4557,06	4830,48	4830,48	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
173	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991363734	<1>2023-01-01/<2>2024-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	40,00	43,20	45,79	45,79	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
174	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991363826	2023-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	80,00	86,40	91,58	91,58	B.1.	bezpłatny	0 zł
175	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05906414003123	2024-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	250,00	270,00	286,20	92,73	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
176	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05906414003130	2024-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	500,00	540,00	572,40	185,46	B.1.	bezpłatny	0 zł
177	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05055565742532	2024-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	195,00	210,60	223,24	92,73	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
178	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05055565742549	2024-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	390,00	421,20	446,47	185,46	B.1.	bezpłatny	0 zł
179	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991369576	<1>2022-03-01/<2>2024-01-01	<1>3 lata/<2>1 rok 3 miesiące	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	81,00	87,48	92,73	92,73	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
180	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991369590	2022-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	162,00	174,96	185,46	185,46	B.1.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
181	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	07613326024891	<1>2023-01-01/<2>2023-11-01	2 lata	1270.0, Entrektynib	4439,74	4794,92	5082,61	5082,61	<1>B.6.; <2>B.144.	bezpłatny	0 zł
182	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg	90 szt.	07613326024624	<1>2023-01-01/<2>2023-11-01	2 lata	1270.0, Entrektynib	26638,42	28769,49	30495,67	30495,66	<1>B.6.; <2>B.144.	bezpłatny	0 zł
183	Enzalutamidum	Xtandi, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991415242	2024-07-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	9234,00	9972,72	10571,08	10571,08	B.56.	bezpłatny	0 zł
184	Epcoritamabum	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/0,8 ml	1 fiol. 0,8 ml	08054083026503	2024-10-01	2 lata	1308.0, Epkorytamab	2584,90	2791,69	2959,19	2959,19	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
185	Epcoritamabum	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 48 mg	1 fiol. 0,8 ml	08054083026497	2024-10-01	2 lata	1308.0, Epkorytamab	31018,76	33500,26	35510,28	35510,28	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
186	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072378	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	150,00	162,00	171,72	137,38	B.37.	bezpłatny	0 zł
187	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml	6 amp-strz.po 1 ml	05909990072392	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	300,00	324,00	343,44	274,75	B.37.	bezpłatny	0 zł
188	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml	6 amp-strz.po 0,3 ml	05909990072439	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	450,00	486,00	515,16	412,13	B.37.	bezpłatny	0 zł
189	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml	6 amp-strz.po 0,4 ml	05909990072453	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	549,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
190	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg	1 fiol.	05909991089085	2023-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	87,30	94,28	99,94	99,94	B.31.	bezpłatny	0 zł
191	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg	1 fiol.	05909991089092	2023-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	261,90	282,85	299,82	299,82	B.31.	bezpłatny	0 zł
192	Erenumabum	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	07613421024604	2024-07-01	2 lata	1245.0, Erenumab	1237,93	1336,96	1417,19	1417,19	B.133.	bezpłatny	0 zł
193	Esketaminum	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg	1 fiol. po 28 mg	05413868117400	2023-07-01	2 lata	1278.0, Esketamina	836,72	903,66	957,87	957,87	B.147.	bezpłatny	0 zł
194	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	2024-10-01	2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	510,00	550,80	583,85	583,85	B.33.	bezpłatny	0 zł
195	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>2024-10-01/<4>2021-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	1275,00	1377,00	1459,62	1459,62	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
196	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990618255	2021-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2550,00	2754,00	2919,24	2175,12	B.47.	bezpłatny	0 zł
197	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990712755	2021-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2550,00	2754,00	2919,24	2175,12	B.47.	bezpłatny	0 zł
198	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	09002260025770	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	950,00	1026,00	1087,56	1087,56	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
199	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	09002260025794	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1900,00	2052,00	2175,12	2175,12	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
200	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	09002260025787	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1900,00	2052,00	2175,12	2175,12	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
201	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990900602	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	10125,00	10935,00	11591,10	11591,10	B.89.	bezpłatny	0 zł
202	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990900565	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	3637,50	3928,50	4164,21	4164,21	B.89.	bezpłatny	0 zł
203	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990900589	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	7275,00	7857,00	8328,42	8328,42	B.89.	bezpłatny	0 zł
204	Evolocumabum	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg	2 wstrzykiwacze	05909991224370	2024-04-01	1 rok 3 miesiące	1198.0, Ewolokumab	1574,20	1700,14	1802,14	1802,14	B.101.	bezpłatny	0 zł
205	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 1200 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990645220	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
206	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 600 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990643110	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	840,00	907,20	961,63	961,63	B.15.	bezpłatny	0 zł
207	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 1000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.	05909990799374	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1602,72	B.15.	bezpłatny	0 zł
208	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol.	05909990799367	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	801,36	B.15.	bezpłatny	0 zł
209	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml	05909991213695	2022-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
210	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909991213688	2022-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
211	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573615	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1260,00	1360,80	1442,45	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
212	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573554	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	315,00	340,20	360,61	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
213	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573561	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	630,00	680,40	721,22	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
214	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 1 000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. (1000 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825349	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
215	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 250 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. (250 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825301	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	427,50	461,70	489,40	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
216	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. (500 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825332	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
217	Farycymab	Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 fiol. 0,24 ml + 1 igła	07613326050708	2024-01-01	2 lata	1293.0, Farycymab	3098,33	3346,20	3546,97	3546,97	B.70.	bezpłatny	0 zł
218	Fedratinibum	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg	120 szt.	07640133688596	2024-07-01	2 lata	1247.0, Fedratynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
219	Filgotinibum	Jyseleca, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05430002329178	<1>2023-05-01/<2>2023-07-01	2 lata	1276.0, Filgotynib	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	<1>B.55.; <2>B.33.	bezpłatny	0 zł
220	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909990856480	2022-11-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	4714,87	5092,06	5397,58	5397,58	B.29.	bezpłatny	0 zł
221	Foslevodopum + Foscarbidopum	Produodopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml	7 fiol. po 10 ml	08054083025162	2024-07-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2498,94	B.90.	bezpłatny	0 zł
222	Fremanezumabum	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	05909991396497	2024-07-01	2 lata	1246.0, Fremanezumab	1732,50	1871,10	1983,37	1983,37	B.133.	bezpłatny	0 zł
223	Gemtuzumabum ozogamicinum	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05415062328576	2024-10-01	2 lata	1251.0, Gemtuzumab ozogamycyny	25740,00	27799,20	29467,15	29467,15	B.114.	bezpłatny	0 zł
224	Gilteritinibi fumaras	Xospata, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909991426460	2024-10-01	2 lata	1250.0, Gilterytynib	74000,00	79920,00	82080,00	82080,00	B.114.	bezpłatny	0 zł
225	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046	2022-01-01	4 lata	1237.0, Giwosyran	159215,68	171952,93	174112,93	174112,93	B.128.FM.	bezpłatny	0 zł
226	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 szt.	05909990017065	2024-10-01	3 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2700,00	2916,00	3090,96	2470,48	B.29.	bezpłatny	0 zł
227	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991216382	2022-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2750,00	2970,00	3148,20	2117,55	B.29.	bezpłatny	0 zł
228	Glatirameri acetas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	28 amp.-strz. po 1 ml	05909991282882	2022-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2158,00	2330,64	2470,48	2470,48	B.29.	bezpłatny	0 zł
229	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powl., 100+40 mg	84 szt.	08054083015927	2022-09-01	3 lata	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	45239,04	48858,16	51018,16	51018,16	B.71.	bezpłatny	0 zł
230	Glofitamabum	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol. 10 ml	07613326068468	2024-10-01	2 lata	1309.0, Glofitamab	13316,55	14381,87	15244,78	15244,78	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
231	Glofitamabum	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2,5 mg	1 fiol. 2,5 ml	07613326068871	2024-10-01	2 lata	1309.0, Glofitamab	3329,14	3595,47	3811,20	3811,20	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
232	Glyceroli phenylbutyras	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml	1 butelka 25 ml + 1 nasadka	07350110580354	2022-11-01	2 lata	1262.0, Fenylomaślan glicerolu	717,40	774,79	821,28	821,28	B.140.	bezpłatny	0 zł
233	Golimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2024-10-01	2 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2567,00	2772,36	2938,70	2938,70	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
234	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2023-03-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	8379,00	9049,32	9592,28	9592,28	B.47.	bezpłatny	0 zł
235	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413868116687	2023-05-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	8340,00	9007,20	9547,63	9547,63	B.35.	bezpłatny	0 zł
236	Ibrutinibum	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg	120 szt.	05909991195144	2023-05-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	28800,00	31104,00	32970,24	32970,24	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
237	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05413868117011	<1>2023-05-01<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	10100,00	10908,00	11562,48	8242,56	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
238	Ibrutinibum	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg	90 szt.	05909991195137	2024-04-01	1 rok 6 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	21600,00	23328,00	24727,68	24727,68	B.79.	bezpłatny	0 zł
239	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 280 mg	30 szt.	05413868117028	<1>2023-05-01<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	20200,00	21816,00	23124,96	16485,12	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
240	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 420 mg	30 szt.	05413868117035	<1>2023-05-01<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	30300,00	32724,00	34687,44	24727,68	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
241	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 560 mg	30 szt.	05413868117042	2023-05-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	40400,00	43632,00	45792,00	32970,24	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
242	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	9689,18	10464,31	11092,17	11092,17	B.25.	bezpłatny	0 zł
243	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml	42 amp. 1 ml	05908229300633	2022-01-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1762,89	1903,92	2018,15	2018,15	B.31.	bezpłatny	0 zł
244	Iloprostum	Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml	30 amp.po 1 ml	05909990609079	2022-07-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1321,25	1426,95	1512,57	1512,57	B.31.	bezpłatny	0 zł
245	Imiglucerasum	Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.po 10 ml	05909990943012	2022-07-01	3 lata	1065.0, Imiglucerasum	5368,29	5797,75	6145,62	6145,62	B.23.	bezpłatny	0 zł
246	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033	2022-09-01	4 lata	1252.0, Imlifidaza	678105,00	732353,40	734513,40	734513,40	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
247	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040	2022-09-01	4 lata	1252.0, Imlifidaza	1356210,00	1464706,80	1466866,80	1466866,80	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
248	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	1325,00	1431,00	1516,86	1287,90	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
249	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	2650,00	2862,00	3033,72	2575,80	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
250	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>2024-10-01	<1><2><3>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
251	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>2024-10-01	<1><2><3>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
252	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>2024-10-01	<1><2><3>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	300,00	324,00	343,44	343,44	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
253	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991067380	<1>2022-07-01/<2>2024-10-01	<1><2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
254	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	12000,00	12960,00	13737,60	10303,20	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
255	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991292898	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	520,00	561,60	595,30	595,30	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
256	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991292874	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1040,00	1123,20	1190,59	1190,59	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
257	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991292904	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2080,00	2246,40	2381,18	2381,18	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
258	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991292881	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	260,00	280,80	297,65	297,65	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
259	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
260	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
261	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	750,00	810,00	858,60	858,60	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
262	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	9000,00	9720,00	10303,20	10303,20	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
263	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
264	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909990425143	<1>2022-01-01/<2>2024-10-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	300,00	324,00	343,44	257,58	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
265	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05909990425174	<1>2022-01-01/<2>2024-10-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3000,00	3240,00	3434,40	2575,80	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
266	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 200 ml	05909990425181	<1>2022-01-01/<2>2024-10-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6000,00	6480,00	6868,80	5151,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
267	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	05909990425150	<1>2022-01-01/<2>2024-10-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	750,00	810,00	858,60	643,95	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
268	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 300 ml	05909990782208	<1>2022-01-01/<2>2024-10-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	9000,00	9720,00	10303,20	7727,40	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
269	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05909990425167	<1>2022-01-01/<2>2024-10-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1500,00	1620,00	1717,20	1287,90	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
270	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	3000,00	3240,00	3434,40	2575,80	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
271	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990725809	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6000,00	6480,00	6868,80	5151,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
272	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	750,00	810,00	858,60	643,95	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
273	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	1500,00	1620,00	1717,20	1287,90	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
274	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 100 ml + zest. do infuzji	05909990049875	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1125,00	1215,00	1287,90	1287,90	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
275	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 200 ml + zest. do infuzji	05909990049882	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
276	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 50 ml + zest. do infuzji	05909990049851	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	562,50	607,50	643,95	643,95	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
277	Inclisiranum	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 284 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	07613421047276	2022-11-01	2 lata	1261.0, Inklisiran	9999,00	10798,92	11446,86	11446,86	B.101.	bezpłatny	0 zł
278	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05713219492751	<1><2><3><4><6>2024-07-01/<5>2022-05-01	<1><2><3><4><6>2 lata/<5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	870,00	939,60	995,98	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
279	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991086305	<1><6>2024-01-01/<2><3><4><5>2023-09-01	2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	520,00	561,60	595,30	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
280	Infliximabum	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	07613421020903	<1><2><3><4><6>2024-04-01/<5>2022-03-01	<1><2><3><4><6>2 lata/<5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	750,00	810,00	858,60	595,30	<1>B.32.;<2>B.33.;<3>B.35.;<4>B.36.;<5>B.47.;<6>B.55.	bezpłatny	0 zł
281	Inotuzumabum ozogamicini	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. proszku	05907636977193	2023-01-01	2 lata	1219.0, Inotuzumab ozogamycyny	39790,00	42973,20	45133,20	45133,20	B.65.	bezpłatny	0 zł
282	Interferon beta-1b	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg	15 zest.	05909990619375	2022-11-01	2 lata	1024.5, Interferonum beta 1b	2146,00	2317,68	2456,74	2456,74	B.29.	bezpłatny	0 zł
283	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 amp.-strz. + 4 igły	05909990008148	2024-10-01	3 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
284	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 wstrz.	05909991001407	2024-10-01	3 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
285	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	12 amp.-strz.a 0,5 ml	05909990874934	2024-10-01	3 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	2780,00	3002,40	3182,54	3182,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
286	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	4 wkł.a 1,5 ml	05909990728497	2024-10-01	3 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	2780,00	3002,40	3182,54	3182,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
287	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>2024-07-01/<4><5>2023-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	12613,80	13622,90	14440,28	14162,90	<1>B.4.;<2>B.6.;<3>B.10.;<4>B.58.;<5>B.59.	bezpłatny	0 zł
288	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>2024-07-01/<4><5>2023-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	50455,19	54491,61	56651,61	56651,61	<1>B.4.;<2>B.6.;<3>B.10.;<4>B.58.;<5>B.59.	bezpłatny	0 zł
289	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	9814,05	10599,17	11235,12	11235,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
290	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	1962,81	2119,83	2247,03	2247,03	B.54.	bezpłatny	0 zł
291	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	00351167136201	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	21547,38	B.112.	bezpłatny	0 zł
292	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	46650,00	50382,00	52542,00	52542,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
293	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 50 mg	56 szt.	00351167112205	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	46650,00	50382,00	52542,00	52542,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
294	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	00351167144503	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	21547,38	B.112.	bezpłatny	0 zł
295	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg	56 szt.	00351167113103	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	46650,00	50382,00	52542,00	52542,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
296	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 125+100 mg	56 sasz.	00351167131701	2024-04-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
297	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 188+150 mg	56 sasz.	00351167131800	2024-04-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
298	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powl., 150+100 mg	28 szt.	00351167136102	2024-04-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
299	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powl., 75+50 mg	28 szt.	00351167144404	2024-04-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
300	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powl., 75+50+100 mg	56 szt.	00351167143902	2024-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	43879,49	47389,85	49549,85	49549,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
301	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg	3 szt.	03400930077696	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	14481,72	B.54.	bezpłatny	0 zł
302	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg	3 szt.	03400930077719	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
303	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg	3 szt.	03400930077726	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
304	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	<1>2023-01-01/<2><4>2024-07-01/<3>2022-11-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1184.0, Iksekizumab	8422,00	9095,76	9641,51	9641,51	<1>B.35.;<2>B.36.;<3>B.47.;<4>B.82.	bezpłatny	0 zł
305	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powl., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2023-03-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	157,13	169,70	179,88	179,88	B.113.	bezpłatny	0 zł
306	Lamivudinum	Lamivudine Aurovitas, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991464127	2023-03-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	74,60	80,57	85,41	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
307	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2022-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	99,54	107,50	113,95	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
308	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 amp.-strzyk.	00642621076103	2023-09-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	53918,00	58231,44	60391,44	60391,44	B.122.	bezpłatny	0 zł
309	Laronidasum	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml	1 fiol.po 5 ml	05909990005673	2022-07-01	3 lata	1069.0, Laronidasum	2134,00	2304,72	2443,00	2443,00	B.24.	bezpłatny	0 zł
310	Larotrectinibum	Vitrakvi, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	04057598011815	2023-03-01	2 lata	1272.0, Larotrektynib	19775,77	21357,83	22639,31	22639,28	B.144.	bezpłatny	0 zł
311	Larotrectinibum	Vitrakvi, roztwór doustny, 20 mg/ml	2 butelki 50 ml	04057598012287	2023-05-01	2 lata	1272.0, Larotrektynib	7062,77	7627,79	8085,46	8085,46	B.144.	bezpłatny	0 zł
312	Larotrectinibum	Vitrakvi, kaps. twarde, 25 mg	56 szt.	04057598011792	2023-03-01	2 lata	1272.0, Larotrektynib	4943,93	5339,44	5659,82	5659,82	B.144.	bezpłatny	0 zł
313	Ledipasvirum + Sofosbuvirum	Harvoni, tabl. powl., 90+400 mg	28 szt.	05391507141217	2022-11-01	3 lata	1135.3, Leki przeciwwirusowe - ledipaswir, sofosbuwir	51999,00	56158,92	58318,92	58318,92	B.71.	bezpłatny	0 zł
314	Letermovirum	Prevymis, tabl. powl., 240 mg	28 szt.	00191778018905	2024-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	18000,00	19440,00	20606,40	20606,40	B.132.	bezpłatny	0 zł
315	Letermovirum	Prevymis, tabl. powl., 480 mg	28 szt.	00191778018899	2024-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	36000,00	38880,00	41040,00	41040,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
316	Levodopum + Carbidopum	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml	1 szt. (7 kasetek po 100 ml)	05909990419135	2024-07-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2939,93	B.90.	bezpłatny	0 zł
317	Levofloxacinum	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg	56 amp.	08025153003014	2023-11-01	1 rok 4 miesiące	1234.0, Lewofloksacyna	9950,00	10746,00	11390,76	11390,76	B.27.	bezpłatny	0 zł
318	L-karnityna	L-karnityna, proszek, 1 g	50 sasz.	05016533045017	2024-04-01	3 lata	1205.0, L-Karnityna	1920,08	2016,08	2137,04	2137,04	B.109.	bezpłatny	0 zł
319	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05397203001220	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	96186,00	103880,88	106040,88	106040,88	B.101.	bezpłatny	0 zł
320	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05397203001237	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	96186,00	103880,88	106040,88	106040,88	B.101.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
321	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05397203001213	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	96186,00	103880,88	106040,88	106040,88	B.101.	bezpłatny	0 zł
322	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05415062343531	2023-09-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	18525,67	20007,72	21208,19	21208,19	B.6.	bezpłatny	0 zł
323	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powl., 25 mg	90 szt.	05415062348147	2023-09-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	13894,25	15005,79	15906,14	15906,14	B.6.	bezpłatny	0 zł
324	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138	2022-03-01	4 lata	1238.0, Lumazyran	306870,45	331420,09	333580,09	333580,09	B.129.FM.	bezpłatny	0 zł
325	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	1 fiol.	07640133688244	2023-01-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept	6577,10	7103,27	7529,47	7529,47	B.142.	bezpłatny	0 zł
326	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg	1 fiol.	07640133688251	2023-01-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept	19731,30	21309,80	22588,39	22588,39	B.142.	bezpłatny	0 zł
327	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml	1 fiol. 20,5 - 25 ml	05909991350963	2022-11-01	2 lata	1170.1, Oksodotreotyd lutetu Lu-177	85000,00	91800,00	93960,00	93960,00	B.139.	bezpłatny	0 zł
328	Macitentanum	Opsumit, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	07640111931133	2023-11-01	2 lata	1139.0, Macytentan	7137,43	7708,42	8170,93	8170,93	B.31.	bezpłatny	0 zł
329	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	08027950800742	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
330	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	08027950800759	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
331	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	08027950800728	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
332	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	08027950800735	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
333	Mecaserminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990076024	2023-09-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2467,53	2664,93	2824,83	2824,83	B.20.	bezpłatny	0 zł
334	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampułko-strzykawka	05909991407148	<1>2021-11-01/<2>2024-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	<1>B.44.; <2>B.156.	bezpłatny	0 zł
335	Mepolizumabum	Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991246617	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	B.44.	bezpłatny	0 zł
336	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 wstrzykiwacz	05909991407018	<1>2021-11-01/<2>2024-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	<1>B.44.; <2>B.156.	bezpłatny	0 zł
337	Mercaptamini bitartras	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	03663502001011	2023-09-01	2 lata	1084.1, Cysteamina	880,00	950,40	1007,42	1007,42	B.61.	bezpłatny	0 zł
338	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	4570,00	4935,60	5231,74	5231,74	B.61.	bezpłatny	0 zł
339	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	112 szt.	05909991341527	2023-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	52028,22	56190,48	58350,48	58350,48	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
340	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	56 szt.	05909991353995	2023-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	26014,11	28095,24	29780,96	29780,96	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
341	Migalastatum	Galafold, kaps. twarde, 123 mg	14 szt.	05909991390273	2022-11-01	2 lata	1215.0, Migalastatum	59787,86	64570,89	66730,89	66730,89	B.104.	bezpłatny	0 zł
342	Mogamulizumabum	Poteligeo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05038903004233	2024-10-01	2 lata	1300.0, Mogamulizumab	4958,00	5354,64	5675,92	5675,92	B.66.	bezpłatny	0 zł
343	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. (250 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819515	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
344	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. (500 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990010554	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
345	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. (62,5 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819317	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	600,00	648,00	686,88	686,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
346	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. (125 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819416	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
347	Mosunetuzumabum	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. po 1 ml	07613326061001	2024-07-01	2 lata	1301.0, Mosunetuzumab	905,47	977,91	1036,58	1036,58	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
348	Mosunetuzumabum	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. po 30 ml	07613326061087	2024-07-01	2 lata	1301.0, Mosunetuzumab	27163,96	29337,08	31097,30	31097,30	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
349	Natalizumabum	Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 amp.-strzyk.	05713219560252	2024-04-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	6525,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
350	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990084333	2022-11-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	6525,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
351	Nilotynibum	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909990073535	2023-11-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	9804,13	10588,46	11223,77	11223,77	B.14.	bezpłatny	0 zł
352	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991206444	<1>2022-03-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	4850,00	5238,00	5552,28	5552,28	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
353	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991206468	<1>2022-03-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	8600,00	9288,00	9845,28	8328,42	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
354	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	9021,41	9743,12	10327,71	10327,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
355	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991203887	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	5733,33	6192,00	6563,52	5163,86	B.6.	bezpłatny	0 zł
356	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	8600,00	9288,00	9845,28	7745,78	B.6.	bezpłatny	0 zł
357	Niraparibum	Zejula, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	05909991425487	2024-01-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	17605,00	19013,40	20154,20	20154,20	B.50.	bezpłatny	0 zł
358	Niraparibum	Zejula, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991515201	2024-10-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	17605,00	19013,40	20154,20	20154,20	B.50.	bezpłatny	0 zł
359	Niraparibum	Zejula, kaps. twarde, 100 mg	84 szt.	05909991425494	2024-01-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	26407,50	28520,10	30231,31	30231,30	B.50.	bezpłatny	0 zł
360	Niraparibum	Zejula, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991515218	2024-10-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	26407,50	28520,10	30231,31	30231,30	B.50.	bezpłatny	0 zł
361	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 kaps.	07350031442182	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	5850,00	6318,00	6697,08	6697,08	B.76.	bezpłatny	0 zł
362	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 kaps.	07350031442267	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1170,00	1263,60	1339,42	1339,42	B.76.	bezpłatny	0 zł
363	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 kaps.	07350031441833	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	11700,00	12636,00	13394,16	13394,16	B.76.	bezpłatny	0 zł
364	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 kaps.	07350031442229	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	2925,00	3159,00	3348,54	3348,54	B.76.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
365	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991220518	<1>2023-03-01/<2><3>2024-07-01/<4><5><6>2023-09-01/<7>2024-10-01/<8>2023-11-01	<1><5><6><8>2 lata/<2><3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata 8 miesięcy/<7>1 rok 6 miesięcy	1144.0, Niwolumab	5915,61	6388,86	6772,19	6772,18	<1>B.4.;<2>B.6.;<3>B.10.;<4>B.52.;<5>B.58.;<6>B.59.;<7>B.77.;<8>B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
366	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909991220501	<1>2023-03-01/<2><3>2024-07-01/<4><5><6>2023-09-01/<7>2024-10-01/<8>2023-11-01	<1><5><6><8>2 lata/<2><3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata 8 miesięcy/<7>1 rok 6 miesięcy	1144.0, Niwolumab	2366,24	2555,54	2708,87	2708,87	<1>B.4.;<2>B.6.;<3>B.10.;<4>B.52.;<5>B.58.;<6>B.59.;<7>B.77.;<8>B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
367	Niwolumab + Relatlimab	Opdualag, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240+80 mg	1 fiol. 20 ml	08027950800476	2024-04-01	2 lata	1144.1, Niwolumab + Relatlimab	28526,00	30808,08	32656,56	32656,56	B.59.	bezpłatny	0 zł
368	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057207	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2397,84	2589,67	2745,05	2745,05	B.15.	bezpłatny	0 zł
369	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057221	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	4795,68	5179,33	5490,09	5490,09	B.15.	bezpłatny	0 zł
370	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057184	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	599,46	647,42	686,26	686,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
371	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057191	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1198,92	1294,83	1372,53	1372,53	B.15.	bezpłatny	0 zł
372	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210120	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
373	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210137	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
374	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210090	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	600,00	648,00	686,88	686,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
375	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210144	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	7200,00	7776,00	8242,56	8242,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
376	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210106	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
377	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg	1 fiol. 5 ml	05713219500975	2023-01-01	3 lata	1185.0, Nusinersen	301000,00	325080,00	327240,00	327240,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
378	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2024-10-01/<2>2024-07-01	2 lata	1148.0, Obinutuzumab	9700,00	10476,00	11104,56	11104,56	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
379	Ocrelizumabum	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05902768001174	2022-11-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	20833,00	22499,64	23849,62	23849,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
380	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909990224340	2024-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2470,00	2667,60	2827,66	2827,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
381	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224357	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3705,00	4001,40	4241,48	4241,46	B.15.	bezpłatny	0 zł
382	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697441	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4940,00	5335,20	5655,31	5655,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
383	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224302	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	617,50	666,90	706,91	706,91	B.15.	bezpłatny	0 zł
384	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697458	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	7410,00	8002,80	8482,97	8482,92	B.15.	bezpłatny	0 zł
385	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224333	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1235,00	1333,80	1413,83	1413,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
386	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odewiksybat	61258,68	66159,37	68319,37	68319,37	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
387	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odewiksybat	10209,78	11026,56	11688,16	11688,16	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
388	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odewiksybat	20419,56	22053,12	23376,31	23376,31	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
389	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odewiksybat	30629,34	33079,69	35064,47	35064,47	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
390	Ofatumumabum	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	1 wstrz.	07613421040123	2022-11-01	2 lata	1257.0, Ofatumumab	5553,35	5997,62	6357,47	6357,47	B.29.	bezpłatny	0 zł
391	Olaparibum	Lynparza, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05000456031325	<1>2023-11-01/<2>2024-04-01/<3>2023-03-01/<4>2022-11-01	<1><3><4>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1149.0, Olaparyb	9802,00	10586,16	11221,33	11221,33	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.	bezpłatny	0 zł
392	Olaparibum	Lynparza, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05000456031318	<1>2023-11-01/<2>2024-04-01/<3>2023-03-01/<4>2022-11-01	<1><3><4>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1149.0, Olaparyb	9802,00	10586,16	11221,33	11221,33	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.	bezpłatny	0 zł
393	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508	2024-04-01	2 lata	1296.0, Olipudaza alfa	14860,00	16048,80	17011,73	17011,73	B.158.FM.	bezpłatny	0 zł
394	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696	2024-04-01	2 lata	1296.0, Olipudaza alfa	2972,00	3209,76	3402,35	3402,35	B.158.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
395	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk. 1 ml	05909990708406	2024-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1132,20	1222,78	1296,14	1296,14	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
396	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909990708376	2024-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	566,10	611,39	648,08	648,08	B.44.	bezpłatny	0 zł
397	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
398	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
399	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
400	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
401	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
402	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
403	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
404	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
405	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
406	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701151	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
407	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701182	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
408	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227702837	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
409	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702868	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
410	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702899	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
411	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 8,3 ml	05397227701083	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
412	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	3 fiol. 8,3 ml	05397227701113	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
413	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	4 fiol. 8,3 ml	05397227701144	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
414	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	5 fiol. 8,3 ml	05397227701175	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
415	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	6 fiol. 8,3 ml	05397227702820	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
416	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	7 fiol. 8,3 ml	05397227702851	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
417	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	8 fiol. 8,3 ml	05397227702882	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
418	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	9 fiol. 8,3 ml	05397227702912	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
419	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2023-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	13165,20	B.6.	bezpłatny	0 zł
420	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2023-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
421	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg	7 szt. (4 x 0,23 mg + 3 x 0,46mg)	07640133688220	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	1293,74	1397,24	1481,07	528,96	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
422	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg	28 szt.	07640133688237	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	5174,96	5588,96	5924,30	5924,30	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
423	Paclitaxelum albuminatum	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 mg	05909990930265	2024-01-01	3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	861,90	930,85	986,70	986,70	B.85.	bezpłatny	0 zł
424	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 100 mg	21 szt.	05415062353684	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	8900,00	9612,00	10188,72	10188,72	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
425	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 125 mg	21 szt.	05415062353691	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	8900,00	9612,00	10188,72	10188,72	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
426	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 75 mg	21 szt.	05415062353677	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	8900,00	9612,00	10188,72	7641,54	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
427	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	05000456067720	2023-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	1468,25	1585,71	1680,86	1680,86	B.40.	bezpłatny	0 zł
428	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	05000456067713	2023-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	2936,50	3171,42	3361,71	3361,71	B.40.	bezpłatny	0 zł
429	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241091243	2024-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	58,50	63,18	66,97	66,97	B.39.	bezpłatny	0 zł
430	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241079906	2024-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	146,25	157,95	167,43	167,43	B.39.	bezpłatny	0 zł
431	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502003534	<1>2024-10-01/<2>2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1174.0, Pasyreotyd	6874,46	7424,42	7869,88	7869,88	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
432	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	03663502003527	2024-04-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9031,88	9754,43	10339,69	10339,69	B.118.	bezpłatny	0 zł
433	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502003510	<1>2024-10-01/<2>2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1174.0, Pasyreotyd	7135,18	7705,99	8168,35	8168,35	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
434	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502003503	2024-10-01	3 lata	1174.0, Pasyreotyd	7896,53	8528,25	9039,95	9039,95	B.99.	bezpłatny	0 zł
435	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990764877	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1110.0, Pazopanib	2070,00	2235,60	2369,74	2369,74	<1>B.8.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
436	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	90 szt.	05909990764884	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1110.0, Pazopanib	6210,00	6706,80	7109,21	7109,21	<1>B.8.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
437	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990764891	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1110.0, Pazopanib	4140,00	4471,20	4739,47	4739,47	<1>B.8.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
438	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	60 szt.	05909990764907	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1110.0, Pazopanib	8280,00	8942,40	9478,94	9478,94	<1>B.8.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
439	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg	1 fiol. 20 ml	07350031443950	2023-09-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	16055,00	17339,40	18379,76	18379,76	B.96.	bezpłatny	0 zł
440	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg	8 fiol. 20 ml	07350031443967	2023-09-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	128440,00	138715,20	140875,20	140875,20	B.96.	bezpłatny	0 zł
441	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	<1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01	<1>3 lata/<2><3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
442	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	<1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01	<1>3 lata/<2><3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
443	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	<1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01	<1>3 lata/<2><3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
444	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520442113	2024-07-01	3 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2135,50	2306,34	2444,72	2444,72	B.29.	bezpłatny	0 zł
445	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520437201	2024-07-01	3 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2135,50	2306,34	2444,72	2444,72	B.29.	bezpłatny	0 zł
446	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006281	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	6930,00	7484,40	7933,46	7933,46	B.99.	bezpłatny	0 zł
447	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006298	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	10395,00	11226,60	11900,20	11900,19	B.99.	bezpłatny	0 zł
448	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315958	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	13860,00	14968,80	15866,93	15866,92	B.99.	bezpłatny	0 zł
449	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315965	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	17325,00	18711,00	19833,66	19833,65	B.99.	bezpłatny	0 zł
450	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	<1><6>2023-03-01/<2><5><7><8>2024-10-01/<3>2023-07-01/<4>2023-09-01/<9>2024-04-01	<1><3><4><6><9>2 lata/<2><5><7><8>1 rok 9 miesięcy	1143.0, Pembrolizumab	13039,48	14082,64	14927,60	14927,60	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.9.FM; <4>B.10.; <5>B.52.; <6>B.58.; <7>B.59.; <8>B.148.; <9>B.159.	bezpłatny	0 zł
451	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05902768001006	2024-04-01	3 lata	1147.0, Pertuzumab	8874,00	9583,92	10158,96	10158,96	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
452	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05909991497118	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2018,52	2180,00	2310,80	2310,80	B.87.	bezpłatny	0 zł
453	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05909991497125	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	504,63	545,00	577,70	577,70	B.87.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
454	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05909991497156	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2018,52	2180,00	2310,80	2310,80	B.87.	bezpłatny	0 zł
455	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05909991494223	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2200,00	2376,00	2518,56	2518,56	B.87.	bezpłatny	0 zł
456	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05909991494193	2023-11-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	479,40	517,75	548,81	548,81	B.87.	bezpłatny	0 zł
457	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05909991494230	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2200,00	2376,00	2518,56	2518,56	B.87.	bezpłatny	0 zł
458	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	07613421107284	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2520,00	2721,60	2884,90	2884,88	B.87.	bezpłatny	0 zł
459	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	07613421107277	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	630,00	680,40	721,22	721,22	B.87.	bezpłatny	0 zł
460	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	07613421107291	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2520,00	2721,60	2884,90	2884,88	B.87.	bezpłatny	0 zł
461	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg	1 fiol. proszku	07613326024143	2024-01-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	41973,00	45330,84	47490,84	47490,84	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
462	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. proszku	07613326029353	2024-01-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	8994,21	9713,75	10296,57	10296,57	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
463	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05909991185589	2024-07-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	14737,01	B.54.	bezpłatny	0 zł
464	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05909991185596	2024-07-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	29474,02	B.54.	bezpłatny	0 zł
465	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05909991185602	2024-07-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	29474,02	B.54.	bezpłatny	0 zł
466	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05909991185619	2024-07-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	29474,02	B.54.	bezpłatny	0 zł
467	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powl., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2023-07-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	17475,75	18873,81	20006,24	20006,24	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
468	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powl., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2023-07-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	17475,75	18873,81	20006,24	20006,24	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
469	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	05413868120363	2022-11-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
470	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	04150172422851	2023-07-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
471	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05413868120370	2022-11-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
472	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139	2022-09-01	4 lata	1253.0, Pretomanid	14310,00	15454,80	16382,09	16382,09	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
473	Ramucirumabum	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	2 fiol.po 10 ml	05909991205898	2022-11-01	2 lata	1266.0, Ramucyrumab	3360,00	3628,80	3846,53	3846,53	B.58.	bezpłatny	0 zł
474	Ranibizumab	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml	05909990000005	2023-01-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	2607,00	2815,56	2984,49	1946,16	B.70.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
475	Ranibizumab	Ranivisio, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 0,23 ml	04260764190058	2024-07-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1087,90	1174,93	1245,42	1245,42	B.70.	bezpłatny	0 zł
476	Ranibizumab	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml + igła z filtrem	05909991497316	2023-05-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1700,00	1836,00	1946,16	1946,16	B.70.	bezpłatny	0 zł
477	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg	1 fiol. 11 ml	05391527740162	2023-09-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	71401,00	77113,08	79273,08	79273,08	B.95.; B.96.	bezpłatny	0 zł
478	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 3 ml	05391527740179	2023-09-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	19473,00	21030,84	22292,69	22292,69	B.95.; B.96.	bezpłatny	0 zł
479	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powl., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2024-10-01	2 lata 9 miesięcy	1195.0, Rybocyklib	9506,78	10267,32	10883,37	10883,37	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
480	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	2158,95	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
481	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1 mg	42 szt.	05908229300336	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
482	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
483	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2 mg	42 szt.	05908229300398	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
484	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
485	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 wstrzyk.po 1 ml	08054083023021	<1>2023-05-01/<2>2023-03-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	11501,00	12421,08	13166,34	13166,34	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
486	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml	2 ampułko-strzykawki + 2 gaziki nasączone alkoholem	08054083019277	<1>2023-05-01/<2>2023-03-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	11501,00	12421,08	13166,34	13166,34	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
487	Risdiplamum	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml	1 but. po 80 ml	07613326029896	2024-10-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	35625,21	38475,23	40635,23	40635,23	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
488	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2023-11-01/<2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1097,86	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
489	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2023-11-01/<2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2744,65	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
490	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	<1><2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
491	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	<1><2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
492	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg	1 fiol. proszku	08715131018139	<1>2023-05-01/<2>2024-10-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	1126,98	1217,14	1290,17	1290,17	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
493	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>2024-10-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	2253,96	2434,28	2580,34	2580,34	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
494	Romosozumabum	Evenity, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg/ml	2 amp.-strz. 1,17 ml	05413787222025	2024-07-01	1 rok 9 miesięcy	1299.0, Romosozumab	1830,00	1976,40	2094,98	2094,98	B.160.	bezpłatny	0 zł
495	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 100 mg	12 szt.	05909991458720	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	1093,78	1181,28	1252,16	1252,16	B.37.	bezpłatny	0 zł
496	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 150 mg	12 szt.	05909991458737	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	1640,68	1771,93	1878,25	1878,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
497	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 20 mg	12 szt.	05909991458690	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	218,79	236,29	250,47	250,43	B.37.	bezpłatny	0 zł
498	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 50 mg	12 szt.	05909991458706	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	546,89	590,64	626,08	626,08	B.37.	bezpłatny	0 zł
499	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 70 mg	12 szt.	05909991458713	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	765,63	826,88	876,50	876,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
500	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 recombinate	2450,00	2646,00	2804,76	2804,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
501	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 recombinate	4900,00	5292,00	5609,52	5609,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
502	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 recombinate	612,50	661,50	701,19	701,19	B.15.	bezpłatny	0 zł
503	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 recombinate	1225,00	1323,00	1402,38	1402,38	B.15.	bezpłatny	0 zł
504	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991198282	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	9201,33	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
505	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991053789	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	13802,00	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
506	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991053833	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	13802,00	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
507	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991053758	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	6028,13	6510,38	6901,01	4600,67	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
508	Sacituzumabum govitecanum	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	05391507146816	2022-11-01	2 lata	1265.0, Sacytuzumab gowitekan	4300,00	4644,00	4922,64	4922,64	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
509	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322	2022-11-01	2 lata	1260.0, Satralizumab	30500,00	32940,00	34916,40	34916,40	B.138.FM.	bezpłatny	0 zł
510	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><6>2024-07-01	<1><2><3><4>2 lata/<5><6>1 rok 6 miesięcy	1180.0, Sekukinumab	4093,86	4421,37	4686,65	4686,65	<1>B.33.;<2>B.35.;<3>B.36.;<4>B.47.;<5>B.82.;<6>B.161.	bezpłatny	0 zł
511	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421040130	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-07-01	<1><2><3>2 lata/<4>1 rok 6 miesięcy	1180.0, Sekukinumab	4093,86	4421,37	4686,65	4686,65	<1>B.35.;<2>B.36.;<3>B.47.;<4>B.161.	bezpłatny	0 zł
512	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 75 mg	1 amp.-strz. 0,5 ml	07613421049416	2023-09-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	1023,47	1105,35	1171,67	1171,66	<1>B.33.;<2>B.47.	bezpłatny	0 zł
513	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	62000,00	66960,00	69120,00	69120,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
514	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	74400,00	80352,00	82512,00	82512,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
515	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	86800,00	93744,00	95904,00	95904,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
516	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	99200,00	107136,00	109296,00	109296,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
517	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	28933,33	31248,00	33122,88	33122,88	B.31.	bezpłatny	0 zł
518	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	12400,00	13392,00	14195,52	14195,52	B.31.	bezpłatny	0 zł
519	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	24800,00	26784,00	28391,04	28391,04	B.31.	bezpłatny	0 zł
520	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	37200,00	40176,00	42336,00	42336,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
521	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	49600,00	53568,00	55728,00	55728,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
522	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529	2023-09-01	2 lata	1283.0, Selperkatynib	9991,81	10791,15	11438,63	11331,15	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
523	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536	2023-09-01	2 lata	1283.0, Selperkatynib	39967,22	43164,60	45324,60	45324,60	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
524	Selumetinibum	Koselugo, kaps. twarde, 10 mg	60 szt.	05000456070058	2024-01-01	2 lata	1295.0, Selumetynib	21495,34	23214,97	24607,86	24607,86	B.155.	bezpłatny	0 zł
525	Selumetinibum	Koselugo, kaps. twarde, 25 mg	60 szt.	05000456070065	2024-01-01	2 lata	1295.0, Selumetynib	53738,34	58037,41	60197,41	60197,41	B.155.	bezpłatny	0 zł
526	Sildenafili citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2023-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	50,00	54,00	57,24	57,24	B.31.	bezpłatny	0 zł
527	Sildenafilum	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05055565731932	2022-09-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	200,00	216,00	228,96	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
528	Sildenafilum	Remidia, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060610545	2022-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	90,00	97,20	103,03	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
529	Sildenafilum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	1 but. po 112 ml	05909990967780	2022-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	827,33	893,52	947,13	64,11	B.31.	bezpłatny	0 zł
530	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991355715	2024-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	45,00	48,60	51,52	51,52	B.31.	bezpłatny	0 zł
531	Sildenafilum	Silungo, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991408299	2022-05-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	400,00	432,00	457,92	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
532	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. po 8 ml	05060146292276	2024-07-01	2 lata	1243.0, Siltuksymab	1837,53	1984,53	2103,60	2103,60	B.131.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
533	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. po 30 ml	05060146292481	2024-07-01	2 lata	1243.0, Siltuksymab	7350,11	7938,12	8414,41	8414,40	B.131.	bezpłatny	0 zł
534	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg	12 szt.	07613421024598	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	660,00	712,80	755,57	377,78	B.29.	bezpłatny	0 zł
535	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg	120 szt.	07613421034931	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6600,00	7128,00	7555,68	3777,84	B.29.	bezpłatny	0 zł
536	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	07613421058906	2023-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	3525,99	B.29.	bezpłatny	0 zł
537	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	07613421024581	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	7051,97	B.29.	bezpłatny	0 zł
538	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Epclusa, tabl. powl., 400 + 100 mg	28 szt.	05391507142108	2022-09-01	3 lata	1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuwir, velpataswir	35200,00	38016,00	40176,00	40176,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
539	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	Vosevi, tabl. powl., 400 + 100 + 100 mg	28 szt.	05391507143303	2023-05-01	2 lata	1135.7, Leki przeciwwirusowe - sofosbuwir, welpataswir, woksylaprewir	49000,00	52920,00	55080,00	55080,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
540	Somatrogonum	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 24 mg	1 wstrzykiwacz 1,2 ml	05415062388037	2024-10-01	2 lata	1310.0, Somatrogon	648,00	699,84	741,83	741,83	B.19.	bezpłatny	0 zł
541	Somatrogonum	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 60 mg	1 wstrzykiwacz 1,2 ml	05415062388044	2024-10-01	2 lata	1310.0, Somatrogon	1620,00	1749,60	1854,58	1854,58	B.19.	bezpłatny	0 zł
542	Somatropinum	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg	5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887170	<1><2><3><4>2022-01-01/<5>2022-11-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	4571,11	4936,80	5233,01	3846,53	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
543	Somatropinum	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg	5 jednorazowych wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887095	<1><2><3><4>2022-01-01/<5>2022-11-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	2018,81	2180,31	2311,14	1698,88	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
544	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990072897	<1>2024-07-01/<2><3><4>2022-07-01/<5>2022-01-01/<6>2022-11-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
545	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990050161	<1>2024-07-01/<2><3><4>2022-07-01/<5>2022-01-01/<6>2022-11-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	1400,00	1512,00	1602,72	1602,72	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
546	Sorafenibum	Nexavar, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909990588169	2024-07-01	2 lata	1078.1, Sorafenib - 2	6675,00	7209,00	7641,54	7641,54	B.119.	bezpłatny	0 zł
547	Sotorasibum	Lumykras, tabl. powl., 120 mg	240 szt.	08715131024895	2023-09-01	2 lata	1282.0, Sotorasib	49368,00	53317,44	55477,44	55477,44	B.6.	bezpłatny	0 zł
548	Tafamidisum	Vyndaqel, kaps. miękkie, 61 mg	30 szt.	05415062359426	2024-07-01	2 lata	1302.0, Tafamidis	30103,00	32511,24	34461,91	34461,91	B.162.	bezpłatny	0 zł
549	Tafasitamabum	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	09088885500694	2023-05-01	2 lata	1275.0, Tafasytamab	3714,50	4011,66	4252,36	4252,36	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
550	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg	30 szt.	05415062348826	2022-11-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	5853,03	6321,27	6700,55	5026,61	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
551	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg	30 szt.	05415062348789	2022-11-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	17563,26	18968,32	20106,42	20106,42	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
552	Tebentafuspum	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml	1 fiol. po 0,5 ml	05056416800036	2024-07-01	2 lata	1304.0, Tebentafusp	43074,00	46519,92	48679,92	48679,92	B.163.FM.	bezpłatny	0 zł
553	Teclistamabum	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 3 ml	05413868121575	2024-10-01	2 lata	1306.0, Teklistamab	3700,00	3996,00	4235,76	4235,76	B.54.	bezpłatny	0 zł
554	Teclistamabum	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg/ml	1 fiol. 1,7 ml	05413868121582	2024-10-01	2 lata	1306.0, Teklistamab	18870,00	20379,60	21602,38	21602,38	B.54.	bezpłatny	0 zł
555	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991379704	<1>2023-09-01/<2>2024-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata 1 miesiąc	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	115,00	124,20	131,65	131,65	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
556	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Mylan, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05902020926801	<1>2022-07-01/<2>2024-01-01	<1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	455,00	491,40	520,88	131,65	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
557	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05909991088170	2024-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	2077,50	2243,70	2378,32	1236,38	B.29.	bezpłatny	0 zł
558	Teriflunomidum	Terebyo, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	07613421163334	2024-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	1080,00	1166,40	1236,38	1236,38	B.29.	bezpłatny	0 zł
559	Tezepelumabum	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań, 210 mg	1 amp.-strzyk. 1,91 ml	05000456076166	2024-04-01	2 lata	1298.0, Tezepelumab	4302,83	4647,06	4925,88	4925,88	B.44.	bezpłatny	0 zł
560	Tezepelumabum	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 210 mg	1 wstrz. po 1,91 ml	05000456075725	2024-10-01	2 lata	1298.0, Tezepelumab	4302,83	4647,06	4925,88	4925,88	B.44.	bezpłatny	0 zł
561	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10^6 – 6 x 10^8 komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388	<1>2024-07-01/<2>2023-09-01	2 lata	1226.0, Tisagenlecleucel	1272000,00	1373760,00	1375920,00	1375920,00	<1>B.12.FM.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
562	Tobramycinum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	05909990045976	2022-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	5590,00	6037,20	6399,43	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
563	Tobramycinum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991308292	2024-04-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	4300,00	4644,00	4922,64	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
564	Tobramycinum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991321444	2021-11-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
565	Tocilizumabum	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	05902768001075	2024-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2730,00	2948,40	3125,30	2328,98	B.33.	bezpłatny	0 zł
566	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990678259	<1>2023-01-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	975,00	1053,00	1116,18	718,82	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
567	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990678266	<1>2023-01-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	1950,00	2106,00	2232,36	1437,64	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
568	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990678273	<1>2023-01-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	390,00	421,20	446,47	287,53	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
569	Tocilizumabum	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	04052682073373	2024-04-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2034,40	2197,15	2328,98	2328,98	B.33.	bezpłatny	0 zł
570	Tocilizumabum	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 wstrzyk.	04052682073397	2024-04-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2034,40	2197,15	2328,98	2328,98	B.33.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
571	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	04052682073342	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	731,25	789,75	837,14	718,82	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
572	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 20 ml	04052682073366	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	1462,50	1579,50	1674,27	1437,64	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
573	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	04052682073328	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	292,00	315,36	334,28	287,53	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
574	Tofacitinibum	Xeljanz, roztwór doustny, 1 mg/ml	240 ml	05415062388723	2024-10-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2503,00	2703,24	2865,43	2600,33	B.33.	bezpłatny	0 zł
575	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2024-10-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	5300,00	5724,00	6067,44	6067,44	B.55.	bezpłatny	0 zł
576	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1><2><4>2024-10-01/<3>2023-07-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2464,00	2661,12	2820,79	2820,79	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.55.	bezpłatny	0 zł
577	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg	28+28 szt.	05038256002115	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	2254,00	2434,32	2580,38	2580,38	B.126.	bezpłatny	0 zł
578	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg	28+28 szt.	05038256002122	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	3381,00	3651,48	3870,57	3870,57	B.126.	bezpłatny	0 zł
579	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg	28+28 szt.	05038256002139	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	4508,00	4868,64	5160,76	5160,76	B.126.	bezpłatny	0 zł
580	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A	1 fiol.	05909990674817	<1><2>2022-07-01/<3>2024-10-01/<4>2022-09-01/<5>2024-07-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1055.2, toksyny botulinowe - 2	559,00	603,72	639,94	639,94	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73.; <5>B.133.	bezpłatny	0 zł
581	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 j.	1 fiol.po 300 j.	05909991072094	<1><2>2022-01-01/<3>2023-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	598,21	646,07	684,83	684,83	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
582	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.	1 fiol.po 500 j.	05909990729227	<1><2>2022-01-01/<3>2023-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	997,02	1076,78	1141,39	1141,39	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
583	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.	1 fiol.po 100 j. (LD50)	05909990643950	<1>2022-07-01/<2>2024-10-01	3 lata	1055.1, toksyny botulinowe - 1	567,01	612,37	649,11	649,11	<1>B.28.; <2>B.57.	bezpłatny	0 zł
584	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg	4 amp.-strzyk. 1 ml	03400930230268	2023-11-01	2 lata	1290.0, Tralokinumab	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	B.124.	bezpłatny	0 zł
585	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991141813	2023-01-01	2 lata	1157.0, Trametynib	5284,00	5706,72	6049,12	6049,12	B.59.	bezpłatny	0 zł
586	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 2 mg	30 szt.	05909991141851	2023-01-01	2 lata	1157.0, Trametynib	21136,00	22826,88	24196,49	24196,48	B.59.	bezpłatny	0 zł
587	Trastuzumab deruxtecan	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	04260161043629	2023-11-01	2 lata	1082.2, Trastuzumab derukstekan	7501,70	8101,84	8587,94	8587,94	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
588	Trastuzumabum	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg/5 ml	1 fiol. po 5 ml	05902768001037	2023-09-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	6412,50	6925,50	7341,03	2813,53	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
589	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05902768001044	2023-11-01	2 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	5389,50	5820,66	6169,90	6169,90	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
590	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg	1 fiol. proszku	05902768001051	2023-11-01	2 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	8623,50	9313,38	9872,18	9872,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
591	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	20 ml	05909990046805	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	B.31.	bezpłatny	0 zł
592	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	20 ml	05909990046850	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
593	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	20 ml	05909990046867	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
594	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990046874	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	42000,00	45360,00	47520,00	47520,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
595	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418618	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	B.31.	bezpłatny	0 zł
596	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418649	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
597	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418625	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	5250,00	5670,00	6010,20	6010,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
598	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418632	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
599	Trientinum tetrahydrochloridum	Cuprior, tabl. powl., 150 mg	72 szt.	05350626000102	2023-09-01	2 lata	1229.0, Trientyna	11295,00	12198,60	12930,52	12930,52	B.123.	bezpłatny	0 zł
600	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2120,98	2290,66	2428,10	2428,10	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
601	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	6362,93	6871,96	7284,29	7284,29	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
602	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2827,97	3054,21	3237,46	3237,46	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
603	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	8483,90	9162,61	9712,36	9712,36	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
604	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2022-01-01	3 lata	1070.0, analogi gonadoliberyny	249,00	268,92	285,06	285,06	B.18.	bezpłatny	0 zł
605	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powl., 150 mg	84 szt.	08720295000180	2023-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	19950,00	21546,00	22838,76	22836,58	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
606	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powl., 50 mg	88 szt.	08720295000173	2023-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	6966,00	7523,28	7974,68	7974,68	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
607	Tyldrakizumabum	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampułko-strzykawka 1 ml	08430308131700	2023-11-01	2 lata	1233.0, Tyldrakizumab	11900,00	12852,00	13623,12	13623,12	B.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
608	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg	28 szt.	08054083020334	<1><5><6>2024-04-01/<2><3><4>2024-07-01/<7>2022-11-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	2846,48	3074,20	3258,65	3258,65	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.55.; <6>B.82.; <7>B.124.	bezpłatny	0 zł
609	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 30 mg	28 szt.	08054083022994	2024-04-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	6188,00	6683,04	7084,02	7084,02	<1>>B.32.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
610	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 45 mg	28 szt.	08054083024189	2024-04-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	9282,00	10024,56	10626,03	10626,03	<1>>B.32.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
611	Ustekinumabum	Pyzchiva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	08809593173106	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	12820,17	13845,78	14676,53	14676,51	B.32.	bezpłatny	0 zł
612	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	08809593173120	2024-10-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	6921,86	7475,61	7924,14	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
613	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	08809593173113	2024-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,66	<1>B.32.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
614	Ustekinumabum	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05909991307066	2024-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	17093,56	18461,04	19568,70	14676,51	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
615	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań , 45 mg	1 amp-strz.	05909997077505	2023-01-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	9229,14	9967,47	10565,52	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
616	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg	1 amp-strz.	05909997077512	2024-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	10160,66	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
617	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 90 mg	1 wstrz.	05413868122589	2024-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	10160,66	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
618	Ustekinumabum	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	04011548045800	2024-10-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	6200,00	6696,00	7097,76	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
619	Ustekinumabum	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	04011548045817	2024-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,50	9585,54	10160,67	10160,66	<1>B.32.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
620	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2023-01-01	2 lata	1202.0, Wandetanib	4507,50	4868,10	5160,19	4713,71	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
621	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2023-01-01	2 lata	1202.0, Wandetanib	12352,50	13340,70	14141,14	14141,14	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
622	Vedolizumabum	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml	2 wstrzyk. po 0,68 ml	07038319122857	2024-01-01	1 rok 3 miesiące	1176.0, Wedolizumab	2582,00	2788,56	2955,87	2955,87	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
623	Vedolizumabum	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. proszku	05909991138202	2024-01-01	1 rok 3 miesiące	1176.0, Wedolizumab	5164,00	5577,12	5911,75	5911,74	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
624	Velaglucerasum alfa	Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.	05909990816774	2022-07-01	3 lata	1123.0, Welagluceraza alfa	4470,00	4827,60	5117,26	5117,26	B.23.	bezpłatny	0 zł
625	Vemurafenibum	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg	56 szt.	05909990935581	2022-01-01	3 lata	1108.0, Wemurafenib	4695,75	5071,41	5375,70	5375,70	B.59.	bezpłatny	0 zł
626	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 10 mg	14 szt.	08054083013688	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	239,13	258,26	273,76	273,76	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
627	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	112 szt.	08054083013916	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	19130,40	20660,83	21900,48	21900,48	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
628	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	14 szt.	08054083013701	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	2391,30	2582,60	2737,56	2737,56	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
629	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	7 szt.	08054083013695	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	1195,65	1291,30	1368,78	1368,78	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
630	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 50 mg	7 szt.	08054083013718	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	597,83	645,66	684,40	684,40	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
631	Vismodegibum	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05902768001020	2023-07-01	3 lata	1155.0, Wismodegib	11996,25	12955,95	13733,31	13733,31	B.88.	bezpłatny	0 zł
632	Zanubrutinibum	Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg	120 szt.	08720598340112	<1>2024-01-01/<2>2023-07-01	2 lata	1166.2, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - zanubrutynib	21552,00	23276,16	24672,73	24672,73	<1>B.79.; <2>B.146.	bezpłatny	0 zł

Załącznik B.1.

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

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

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

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

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

Załącznik B.4.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie systemowe pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego (RJG) substancjami: I. w zakresie **chemioterapii i leczenia celowanego**: 1) ***aflibercept*;** 2) ***triflurydyna* z *typiracylem*.** II. w zakresie **immunoterapii**: 1) ***pembrolizumab*;** 2) ***niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem*.** W **leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego** stosowane są: 1) ***pembrolizumab*** w monoterapii w **pierwszej linii leczenia systemowego** pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR). Pembrolizumab nie może być zastosowany jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG. 2) ***aflibercept*** w skojarzeniu z chemioterapią według schematu ***FOLFIRI*** w **drugiej linii chemioterapii** po udokumentowanej nieskuteczności zastosowanej w zaawansowanym stadium chemioterapii pierwszej linii z udziałem *fluoropirymidyny* i *oksaliplatyny*. Dopuszczalne jest zastosowanie immunoterapii z	**1. Dawkowanie** **1.1.** *pembrolizumab* Zalecana dawka ***pembrolizumabu*** wynosi **200 mg** co 3 tygodnie lub **400 mg** co 6 tygodni. Jeżeli przerwano stosowanie *pembrolizumabu* np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni. **1.2.** *aflibercept* Zalecana dawka ***afliberceptu*** wynosi **4 mg/kg** masy ciała podawana wyłącznie w skojarzeniu z chemioterapią według schematu *FOLFIRI* – jeden cykl leczenia. Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie. Jeżeli przerwano stosowanie *afliberceptu* np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 2) ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR) - dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT) oraz INR lub czasu protrombinowego (PT) – dla *afliberceptu*; 9) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*; 10) elektrokardiogram (EKG); 11) pomiar ciśnienia tętniczego – dla *afliberceptu;* 12) badanie ogólne moczu – dla *afliberceptu;* 13) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);

powodu RJG przed albo po chemioterapii pierwszej linii. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej *irynotekanem* lub *aflibercept*em.

3) ***niwolumab*** w skojarzeniu z ***ipilimumabem*** w **drugiej albo kolejnych liniach leczenia systemowego** pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR), u których stwierdzono nieskuteczność lub nieakceptowalną toksyczność wcześniejszej chemioterapii co najmniej dwulekowej zawierającej *fluoropirymidynę* w skojarzeniu z *oksaliplatyną* lub *irynotekanem*. *Niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem* nie mogą być zastosowane jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG.

4) ***triflurydyna*** z ***typiracylem*** w **drugiej albo kolejnych liniach chemioterapii** po udokumentowanej nieskuteczności wcześniejszej chemioterapii opartej na *fluoropirymidynie*, *oksaliplatynie* i *irynotekanie*, lekach anty-VEGF oraz anty-EGFR lub braku możliwości zastosowania wymienionych metod. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej *triflurydną* z *typiracylem* z powodu RJG.

1. Kryteria kwalifikacji do leczenia zaawansowanego raka jelita grubego

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy).

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;

1.3. *niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem*

Leczenie składa się z fazy indukującej oraz fazy podtrzymującej.

1) w fazie indukującej (leczenie skojarzone) zlecane dawkowanie wynosi: ***niwolumab*** w dawce **3 mg/kg** masy ciała w skojarzeniu z ***ipilimumabem*** w dawce **1 mg/kg** masy ciała co 3 tygodnie w przypadku pierwszych 4 dawek;

2) w fazie podtrzymującej (monoterapia) zalecana dawka ***niwolumabu*** wynosi 240 mg co 2 tygodnie.

W fazie monoterapii, pierwszą dawkę *niwolumabu* należy podać 3 tygodnie po ostatniej dawce *niwolumabu* stosowanego w skojarzeniu z *ipilimumabem*.

Jeżeli przerwano stosowanie *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem* lub *niwolumabu* w monoterapii w fazie podtrzymującej np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni.

1.4. *triflurydyna* z *typiracylem*

Zalecana dawka początkowa ***triflurydyny*** z ***typiracylem*** to **35 mg/m^2** powierzchni ciała podawana dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu leczenia.

Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z ChPL.

14) badanie TK jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej; inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej;

15) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej (u chorych, u których możliwa jest na tej podstawie ocena odpowiedzi wg RECIST);

16) badanie TK lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych, w celu wykluczenia przerzutów;

17) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

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

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem;

2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;

3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;

4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

6) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*;

7) elektrokardiogram (EKG) – dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*;

8) pomiar ciśnienia tętniczego – dla *aflibercept*u;

9) badanie ogólne moczu – dla *aflibercept*u;

W przypadku leczenia:

1) *pembrolizumabem* oraz *niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem* powyższe badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6-12 tygodni;

2) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego; 3) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania); 4) niemożliwe radykalne leczenie miejscowe; 5) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 6) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) brak przeciwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 11) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań	Dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wartości zwiększanej o 5 mg. Nie należy przekraczać 80 mg/dawkę. Jeśli dawki pominięto lub wstrzymano, pacjent nie powinien przyjąć pominiętych dawek. Jeżeli przerwano stosowanie *triflurydyny* z *typiracylem* np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnego cyklu nie może być dłuższy niż 8 tygodni. **2. Modyfikacje dawkowania** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	2) *aflibercept*em powyższe badania w ppkt 1), 3) wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia. Pozostałe badania wykonuje się przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia; 3) *triflurydyną* z *typiracylem* powyższe badania wykonuje się przed każdym cyklem leczenia. Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: badanie TK odpowiednich obszarów ciała (ewentualnie RTG klatki piersiowej) lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Badania wykonuje się: 1) w przypadku *aflibercept*u, *pembrolizumabu* i *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem* nie rzadziej niż co 12 tygodni z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia; 2) w przypadku *triflurydyny* z *typiracylem* nie rzadziej niż co 8 tygodni z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia.

klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii** **1.2.1.** *pembrolizumabem, niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem* 1) potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR); 2) brak leczenia glikokortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca; 3) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego. **2. Określenie czasu leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie leczenia oceniona na podstawie aktualnych kryteriów klasyfikacji RECIST. W przypadku terapii *pembrolizumabem* albo *niwolumabem* z *ipilimumabem*, w sytuacji wątpliwej klinicznie możliwe jest kontynuowanie leczenia aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tyg.; 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii badania monitorujące skuteczność leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych oraz w chwili wyłączenia z programu z przyczyn innych niż udokumentowana progresja choroby. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 1) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) obniżenie sprawności o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów ECOG 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.5.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10: C22.0) LUB RAKA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH (ICD-10: C22.1, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10: C22.0)		
W programie finansuje się dwie linie leczenia raka wątrobowokomórkowego (HCC) substancjami: 1) *atezolizumab* w skojarzeniu z *bewacyzumabem*, 2) *kabozantynib*. W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia: 1) leczenie *atezolizumabem* w skojarzeniu z *bewacyzumabem* pacjentów, u których niestosowano w przeszłości leczenia systemowego z powodu raka wątrobowokomórkowego. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia: 1) leczenie *kabozantynibem* (po uprzednim nieskutecznym leczeniu inhibitorami kinaz tyrozynowych lub immunoterapią w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym lub jego nietolerancją pod warunkiem ustąpienia istotnych klinicznie działań niepożądanych stosowanej wcześniej terapii). **Leczenie raka wątrobowokomórkowego w programie obejmuje:**	**1. Dawkowanie** **1.1. kabozantynib** Dobowa dawka ***kabozantynibu***: 60 mg (codziennie). Każdy cykl obejmuje **28 dni** leczenia. **1.2. atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem** Dawka ***atezolizumabu***: 1 200 mg. Dawka ***bewacyzumabu***: 15 mg/kg masy ciała podawanego dożylnie. Leki stosowane są pierwszego dnia cyklu trwającego **3 tygodnie**. W przypadku, kiedy podawanie jednego z leków musi zostać zakończone z powodu objawów niepożądanych, można kontynuować leczenie drugim z leków w monoterapii.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej wielofazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) badanie ogólne moczu; 4) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny, wapnia, fosfatazy alkalicznej, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy; 5) oznaczanie antygenu HBS oraz przeciwciał anty-HBc total. W przypadku obu pozytywnych wyników konieczna jest konsultacja u lekarza posiadającego dostęp do programu leczenia przeciwwirusowego - dotyczy terapii *atezolizumabem* w skojarzeniu z *bewacyzumabem*; 6) oznaczenie fT4 i TSH - dotyczy terapii *atezolizumabem* w skojarzeniu z *bewacyzumabem*; 7) gastroskopia (u pacjentów z marskością wątroby) - ocena pod kątem występowania żylaków przełyku, jeżeli badanie nie było

1) leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantynibem) **albo** **2) immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem).** **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) histologicznie lub cytologicznie potwierdzony miejscowo zaawansowany lub przerzutowy rak wątrobowokomórkowy. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i ze zmianami o średnicy ≥ 1 cm możliwe jest odstąpienie od rozpoznania histologicznego lub cytologicznego pod warunkiem uzyskania typowego obrazu dla HCC w wielofazowej tomografii komputerowej (TK) lub rezonansie magnetycznym z kontrastem (MRI), ze wzmocnieniem w fazie tętniczej (zmiana hiperdensyjna) oraz wypłukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żylnej wrotnej lub opóźnionej (zmiana hipodensyjna); 3) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub terapii lokoregionalnych lub ich nieskuteczność; 4) stan sprawności 0-1 według ECOG; 5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh; 6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do oceny, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne	**2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż: a) 8 tygodni w przypadku leczenia kabozantynibem, b) 6 tygodni w przypadku leczenia atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem. 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. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	wykonane w okresie 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia w programie lekowym – dotyczy terapii *atezolizumabem* w skojarzeniu z *bewacyzumabem*; 8) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego; 9) tomografia komputerowa klatki piersiowej oraz tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jamy brzusznej i miednicy; 10) EKG; 11) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) pomiar ciśnienia tętniczego; 13) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1. kabozantynib** 1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane): a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny w surowicy, c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej, d) pomiar ciśnienia tętniczego, e) inne - w razie wskazań klinicznych; 2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane): a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,

Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka wątrobowokomórkowego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków; 10) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 11) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. **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;		c) EKG, d) inne badania – w razie wskazań klinicznych; 3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych: a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, c) EKG. **2.2. atezolizumabe 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, b) oznaczenie fT4 i TSH, c) inne badania – w razie wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa lub

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 ECOG; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) okres ciąży lub karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		rezonans odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – czas całkowitego przeżycia (OS) i czas przeżycia wolnego od progresji (PFS). **3.1. kabozantynib** Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane. **3.2. atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem** Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 9 tygodni lub przed rozpoczęciem co czwartego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane, a w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań co 12 tygodni. **4. Monitorowanie programu**

		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH (ICD-10: C22.1, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9)		
W programie finansuje się leczenie dorosłych pacjentów z zaawansowanym rakiem dróg żółciowych substancją: 1) *durwalumab*. Leczenie **zaawansowanego raka dróg żółciowych** obejmuje: 1) leczenie ***durwalumabem*** w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą ***gemcytabinę*** i ***cisplatynę*** dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem dróg żółciowych. Do leczenia *durwalumabem* kwalifikowani są pacjenci niepoddani wcześniej leczeniu systemowemu z powodu zaawansowanego raka dróg żółciowych. Do leczenia *durwalumabem* kwalifikowani są również pacjenci, u których	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka początkowa ***durwalumabu*** wynosi **1 500 mg** podawana w 1. dniu cyklu w skojarzeniu z ***gemcytabiną*** w dawce **1 000 mg/m^2** powierzchni ciała (p.c.) i ***cisplatyną*** w dawce **25 mg/ m^2** p.c. podawanymi w 1. i 8. dniu cyklu. Cykle leczenia podawane są co **21 dni (3 tygodnie)**. Należy podać 8, tj. maksymalną liczbę 21-dniowych cykli chemioterapii *cisplatyną* i *gemcytabiną*. Wcześniejsze zakończenie chemioterapii może mieć miejsce po wystąpieniu nieakceptowalnej toksyczności.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie gruczolakoraka dróg żółciowych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) badanie ogólne moczu; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 9) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny klatki piersiowej, jamy brzusznej (RTG klatki piersiowej tylko

doszło do nawrotu choroby po uprzednim leczeniu chirurgicznym z intencją radykalną (niezależnie od zastosowania chemioterapii uzupełniającej). **1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie lub cytologicznie potwierdzony miejscowo zaawansowany lub przerzutowy gruczolakorak dróg żółciowych; 2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 3) wiek 18 lat i powyżej; 4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 6) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 8) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 9) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne kwalifikowanie chorych po wcześniejszym radykalnym wycięciu przerzutów lub przeprowadzeniu radioterapii stereotaktycznej z nieobecnością zmian w badaniach obrazowych i stanem bezobjawowym);	Zalecana dawka ***durwalumabu*** stosowanego w monoterapii po zakończeniu podawania chemioterapii wynosi **1 500 mg co 4 tygodnie**. **2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.	wtedy, gdy możliwe jest monitorowanie w taki sposób zmian w płucach zgodnie z RECIST), inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych; 10) elektrokardiografia (EKG); 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1.** *durwalumab* w skojarzeniu z *gemcytabiną* i *cisplatyną* 1) przed każdym podaniem *gemcytabiny* i *cisplatyny*: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 2) co 12 tygodni: f) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; g) elektrokardiografia (EKG); 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. **2.2.** *durwalumab* w monoterapii badania od a) do g) wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni oraz inne badania w razie wskazań klinicznych. Ponadto, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.

10) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni *durwalumabem* 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. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;		**3. Monitorowanie skuteczności leczenia** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa lub rezonans odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 3 miesiące. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – czas całkowitego przeżycia (OS) i czas przeżycia wolnego od progresji (PFS). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji

5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia).

Załącznik B.6.

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

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
1.1. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją aktywującą w genie EGFR do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem afatynibu albo ozymertynibu
1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:
a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,
b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,
c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified – NOS);
2) obecność mutacji aktywującej w genie EGFR (receptor naskórkowego czynnika wzrostu) potwierdzonej 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;</td>
<td>1. Dawkowanie leków w programie
Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych (ChPL).</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia
1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca lub międzybłoniaka opłucnej zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych;
2) potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów EGFR, lub ALK lub ROS1 lub KRAS) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PD-L1) zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych;
3) morfologia krwi z rozmazem;
4) oznaczenia stężenia kreatyniny;
5) oznaczenie stężenia bilirubiny;
6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;
9) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD-1 lub PD-L1;</td>
</tr>
</table>

5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu albo ozymertynibu określonych w ChPL; 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej, trzeciej i kolejnych linii z wykorzystaniem ozymertynibu po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia afatynibem, dakomitynibem, erlotynibem, gefitynibem i potwierdzoną obecnością mutacji T790M w genie *EGFR*** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS);		10) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu; 11) elektrokardiografia (EKG); 12) badanie pozytonowej tomografii emisyjnej (w przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu); 13) badanie MR lub TK ośrodkowego układu nerwowego (w przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu); 14) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza; 15) 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;

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 kwalifikacji 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***		10) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku alektynibu 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. 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 przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu wymienione badania powinny być wykonane przed każdym podaniem niwolumabu. 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:

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

2) zaawansowanie pooperacyjne wg 8. wersji klasyfikacji TNM: a) IIA i IIB oraz IIIA, b) pT3pN2; 3) wcześniejsza radykalna (cecha R0) resekcja guza płuca i limfadenektomia węzłów chłonnych śródpiersia; 4) przebyta chemioterapia uzupełniająca oparta na pochodnych platyny, zgodnie z wytycznymi postępowania, w okresie do 8 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia; 5) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 ≥ 50% w materiale pooperacyjnym potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 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; 7) wykluczenie wcześniejszego leczenia wstępnego (neoadjuwantowego); 8) wiek powyżej 18 roku życia; 9) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 13) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;		przerzutowych i w zależności od sytuacji klinicznej. Badania wykonywane są co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi). 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). W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia z docetakselem, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi). Oceny skuteczności leczenia (odnosi się do stosowania leczenia w stadium zaawansowanym) dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

14) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu określonych w ChPL; 15) wykluczenie jednoczesnego stosowania leków ukierunkowanych molekularnie; 16) ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata owłosienia); 17) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.5. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca, kwalifikujących się do radykalnej resekcji chirurgicznej, do leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu w skojarzeniu z chemioterapią** 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) stopień zaawansowania klinicznego: II - IIIA + IIIB (tylko dla T2-T4 N2, pod warunkiem możliwości wykonania doszczętnej resekcji); 3) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 na komórkach nowotworowych ≥ 1% potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 4) nieobecność mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy potwierdzona na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 7) nieobecność czynników klinicznych uniemożliwiających przeprowadzenie resekcji chirurgicznej;		**4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedz (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.

8) wydolność układu oddechowego umożliwiająca kwalifikację do resekcji chirurgicznej; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych stanowiących przeciwwskazanie do immunoterapii lub chemioterapii; 11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu określonych w ChPL; 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **1.6. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z rearanżacją w genie ALK lub ROS1 do leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej:** – **kryzotynib (rearanżacja genów *ALK* lub *ROS1*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii),** – **alektynib (rearanżacja genu *ALK)* albo brygatynib (rearanżacja genu *ALK*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii lub po niepowodzeniu leczenia kryzotynibem),** – **lorlatynib (rearanżacja genu *ALK*) w leczeniu pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy po niepowodzeniu leczenia z zastosowaniem inhibitora ALK drugiej generacji),** – **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, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS); 2) obecność rearanżacji w genie *ALK* lub *ROS1* na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 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) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 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; 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 kryzotynibu albo alektynibu albo brygatynibu albo lorlatynibu albo entrektynibu określonych w ChPL;		

12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.7. 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 ≥ 50% – pembrolizumab albo atezolizumabem albo cemiplimab w monoterapii,** – **rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny,** – **rak płaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną,** – **rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 < 50% – niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu: a) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo atezolizumabu albo cemiplimabu w monoterapii,		

b) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo niwolumabu i ipilimumabu w skojarzeniu z chemioterapią; 3) wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS (w przypadku rozpoznania raka płaskonabłonkowego wykonanie testów molekularnych nie jest wymagane); 4) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 5) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 6) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 7) wiek powyżej 18 roku życia; 8) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;		

13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, atezolizumabu, cemiplimabu, niwolumabu i ipilimumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich ChPL; 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.8. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia kolejnej linii z zastosowaniem niwolumabu albo atezolizumabu we wszystkich typach niedrobnokomórkowego raka płuca (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia)** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy); 2) wykluczenie mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genu *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS; 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;		

8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu lub atezolizumabu określonych w ChPL; 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.9. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca o typie gruczołowym do leczenia kolejnej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii, immunoterapii, chemioimmunoterapii) z zastosowaniem nintedanibu** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego płuca; 2) wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1*; 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;		

5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego); 9) wykluczenie współwystępowania choroby zakrzepowo-zatorowej; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu i docetakselu określonych w ChPL; 13) wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych; 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		
1.10. 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 wielkokomórkowego; 2) obecność mutacji G12C w genie KRAS (ang. Kirsten rat sarcoma virus – KRAS) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) stan sprawności w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania sotorasibu określonych w aktualnej ChPL; 12) wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie; 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;		

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.11. 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 – chorzy po radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny; 3) brak progresji choroby po radiochemioterapii jednoczasowej – stan potwierdzony w badaniu tomografii komputerowej (TK wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii); 4) stan sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w ChPL; 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		

1.12. Chorych na drobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem atezolizumabu (w skojarzeniu z karboplatyną 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 cukrzyc, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, wyprysku, liszaja płaskiego i bielactwa; 8) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania chemioterapii w tym odpowiednia czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu albo durwalumabu określonych w ChPL;		

11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.13. Chorych na międzybłoniaka opłucnej do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani leczeniu systemowemu) z zastosowaniem niwolumabu i ipilimumabu** 1) rozpoznanie międzybłoniaka opłucnej niekwalifikującego się do leczenia radykalnego; 2) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 3) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 4) wiek powyżej 18 roku życia; 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu i ipilimumabu określonych w ChPL;		

11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia wskazanych w pkt 3, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii nie jest dłuższy niż wskazano w pkt 2. **2. Określenie czasu leczenia w programie** **2.1. Inhibitory kinazy tyrozynowej EGFR (afatynib, ozymertynib) lub ALK/ROS1 (kryzotynib, entrektynib, alektynib, brygatynib, lorlatynib) lub inhibitor angiogenezy (nintedanib) lub inhibitor KRAS (sotorasib)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami stosowania leków oraz z kryteriami wyłączenia z programu. 1) stosowanie leków anty-EGFR w ramach pierwszej linii (afatynib, ozymertynib) lub drugiej, trzeciej i kolejnych linii leczenia (ozymertynib) albo leków anty-ROS1 lub anty-ALK w ramach pierwsze lub kolejnej linii leczenia (kryzotynib, entrektynib, alektynib, brygatynib, lorlatynib) albo inhibitora angiogenezy (nintedanib) albo anty-KRAS w drugiej i kolejnej linii leczenia (sotorasib) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 2) stosowanie ozymertynibu w ramach leczenia uzupełniającego po leczeniu chirurgicznym jest prowadzone do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia lub maksymalnie przez 36 miesięcy. Podczas stosowania		

ozymertynibu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL; 3) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1, KRAS dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia); 4) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1, KRAS dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu leczenia miejscowego ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia); 5) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku, b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi); 6) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza, b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET). **2.2. Inhibitory PD-1 (pembrolizumab, cemiplimab, niwolumab, niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem) lub PD-L1 (atezolizumab)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii oraz z kryteriami wyłączenia z programu.		

1) stosowanie inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych (pembrolizumab, niwolumab, ipilimumab, cemiplimab, atezolizumab) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 2) stosowanie atezolizumabu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii obejmuje okres 1 roku lub do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację; 3) stosowanie niwolumabu w skojarzeniu z chemioterapią w ramach przedoperacyjnego leczenia wstępnego, u chorych kwalifikujących się do radykalnej resekcji chirurgicznej obejmuje 3 cykle leczenia lub jest krótsze w przypadku stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 4) 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); 5) 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 i niwolumabu stosowanego przedoperacyjnie; 6) 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); 7) 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); 8) 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, chorych leczonych na drobnokomórkowego raka płuca z udziałem atezolizumabu albo durwalumabu oraz nie dotyczy chorych w ramach przedoperacyjnego leczenia wstępnego przed resekcją z zastosowaniem niwolumabu, jak również nie dotyczy chorych w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego z zastosowaniem atezolizumbu; 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym; 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według oceny lekarza prowadzącego; 4) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL; 5) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą; 6) obniżenie stanu sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 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; 8) pogorszenie jakości życia chorego o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 9) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego);		

10) upłynięcie 12 miesięcznego okresu leczenia – dotyczy stosowania durwalumabu do leczenia konsolidującego albo atezolizumabu po całkowitej resekcji.		

Załącznik B.8.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie pacjentów z określonymi mięsakami tkanek miękkich substancjami: **1) pazopanibem (I lub II lub III lub IV linia leczenia)** 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. **Leczenie mięsaków tkanek miękkich w programie obejmuje:** **1) leczenie mięsaków tkanek miękkich inhibitorami kinaz tyrozynowych.** **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek powyżej 18. roku życia; 2) rozpoznanie histopatologiczne nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) mięsaka tkanek miękkich z wyjątkiem następujących typów: a) tłuszczakomięsak (wszystkie podtypy), b) mięśniakomięsak prążkowanokomórkowy inne niż pleomorficzny lub pęcherzykowy,	**1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich inhibitorami kinaz tyrozynowych (pazopanibem)** Zalecana dawka **pazopanibu** wynosi 800 mg dziennie. Każdy cykl obejmuje 28 dni leczenia. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionej powyżej dawki zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie stężenia TSH; 9) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 11) TK lub MR wybranej partii ciała pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia; 12) 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); 13) elektrokardiogram (EKG);

c) chrzęstniakomięsak, d) mięsak kościopochodny, e) mięsak Ewinga/PNET, f) GIST, g) włókniakomięsak guzowaty skóry, h) zapalny guz miofibroblastyczny (ang. inflammatory myofibroblastic sarcoma), i) międzybłoniak, j) mieszany guz mezodermalny trzonu macicy (ang. mixed mesodermal tumor of the uterus); 3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 4) stan sprawności 0-2 według kryteriów ECOG; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie aktualne ChPL; 7) 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; 8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;		14) 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: Nie rzadziej niż co 28 dni lub przed wznowieniem leczenia (jeśli było czasowo przerwane) i zawsze w przypadku wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 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**

9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z zapisami aktualnych ChPL; 10) 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. **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.		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.9.FM.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**MAKSYMALNE DAWKOWANIE SUBSTANCJI LECZNICZYCH OBECNYCH W PROGRAMIE I CZAS LECZENIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie przedoperacyjne lub pooperacyjne anty-HER2 oraz do 4 linii leczenia anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi substancjami: 1) trastuzumab; 2) pertuzumab; 3) trastuzumab emtanzyna; 4) tukatynib; 5) trastuzumab derukstekan. W leczeniu przedoperacyjnym stosowany jest: trastuzumab lub trastuzumab z pertuzumabem. W leczeniu uzupełniającym stosowany jest: trastuzumab oraz trastuzumab emtanzyna. W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem trastuzumabu emtanzyny. W leczeniu anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo 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.-2.1.6.:	**1. Leczenie wczesnego raka piersi** **1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi** Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu). Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420mg (kolejne cykle leczenia).	**1. Leczenie wczesnego raka piersi** **1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi** **1.1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji** a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ISH) potwierdzające nadekspresję receptora HER2 i ocena stopnia ekspresji receptorów ER i PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) morfologia krwi z rozmazem, c) stężenie kreatyniny, d) aktywność AlAT, e) aktywność AspAT, f) stężenie bilirubiny, g) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej, h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej,

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; 2) trastuzumab łącznie z chemioterapią, hormonoterapią lub samodzielnie w pierwszej linii leczenia chorych, które nie otrzymywały trastuzumabu w leczeniu przedoperacyjnym lub uzupełniającym; trastuzumab może być także stosowany w drugiej lub kolejnych liniach leczenia paliatywnego, jeśli chora wcześniej nie otrzymywała terapii anty-HER2; 3) trastuzumab emtanzyna w drugiej lub trzeciej linii leczenia, a w pierwszej tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy lub nawrót wystąpił w jej trakcie; 4) tukatynib w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną w trzeciej lub czwartej linii leczenia, a w drugiej tylko w przypadku, gdy w pierwszej linii stosowano trastuzumab +/- pertuzumab albo trastuzumab emtanzyna oraz występują przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego; podanie tukatynibu wymaga zastosowania wcześniej co najmniej jednej linii paliatywnej terapii anty-HER2; 5) trastuzumab derukstekan w drugiej lub trzeciej lub czwartej linii leczenia stosowanej z powodu nieoperacyjnego lub zaawansowanego HER2-dodatniego raka piersi po zastosowaniu co najmniej jednej linii terapii anty-HER2. W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-ujemnego raka piersi substancjami: 1) palbocyklibem; 2) rybocyklibem; 3) abemacyklibem; 4) alpelisybem;	Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu. Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W programie lekowym trastuzumab podaje się: 1) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami; 2) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem; 3) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem docetakselu i karboplatyny; 4) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem paklitakselu w monoterapii; 5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej; 6) w skojarzeniu z pertuzumabem i chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej.	i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej), j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie TK lub MR piersi) w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian przed leczeniem, k) EKG, l) badanie ECHO, m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego i ze wskazań klinicznych. **1.1.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane nie rzadziej niż: a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii i trastuzumabu emtanzyny, b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii: – morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem paklitakselu), stężenie kreatyniny, – aktywność AlAT, – aktywność AspAT, – stężenie bilirubiny;

5) talazoparybem; 6) olaparybem. W leczeniu uzupełniającym luminalnego HER2-ujemnego raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi stosowany jest: 1) olaparyb w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną w leczeniu adjuwantowym dorosłych pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA1/2, u których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową. W leczeniu przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.2.1.-2.2.4.: 1) inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy w pierwszej lub drugiej linii leczenia; 2) inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo rybocyklib) w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej linii leczenia oraz (abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib) w drugiej linii leczenia; 3) alpelisyb w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej lub drugiej linii leczenia - po progresji lub nawrocie raka piersi w trakcie lub po zakończeniu leczenia hormonalnego z zastosowaniem inhibitora aromatazy; 4) talazoparyb albo olaparyb w monoterapii w drugiej lub trzeciej linii leczenia u chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2, po uprzednim zastosowaniu hormonoterapii z lub bez inhibitorów CDK4/6 w leczeniu paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie 1-2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołooperacyjnej z udziałem antracykliny i taksoidu i 1 linii chemioterapii paliatywnej). W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów PARP.	Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa: a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań co 3 tygodnie (w tym w schemacie określonym w pkt 4) albo b) do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3 Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest ponowne podjęcie leczenia uzupełniającego trastuzumabem po przerwie trwającej dłużej niż 60 dni. Warunkiem podjęcia takiego leczenia jest wykluczenie sytuacji, w których przerwy spowodowane zostały wystąpieniem działań niepożądanych lub progresją choroby. Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią to: a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią albo	2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni: a) USG piersi wraz z dołami pachowymi (u chorych leczonych przedoperacyjnie) w celu oceny odpowiedzi na leczenie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny piersi – należy zastosować tę samą metodę co wyjściowo przed leczeniem); Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie. 3) badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki): a) EKG, b) ECHO. **1.2. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi z obecnością mutacji w genach BRCA** **1.2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji** a) potwierdzenie obecności mutacji germinalnej BRCA1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej); b) potwierdzenie braku ekspresji receptora HER2 i określenie stanu steroidowych receptorów hormonalnych;

W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) potrójnie ujemnego raka piersi substancjami: 1) pembrolizumabem; 2) talazoparybem; 3) olaparybem; 4) sacytuzumabem gowitekan. Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu. W leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii (jeden schemat paliatywnej chemioterapii stosowany poza programem lekowym stanowi także linię leczenia) określonymi w punktach 2.3.1.-2.3.3.: 1) pembrolizumab w leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatyną (pierwsza linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono brak wcześniejszego farmakologicznego leczenia systemowego nieoperacyjnego lub przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii z założeniem radykalnym zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy. Zastosowanie terapii nie jest możliwe po wcześniejszym zastosowaniu immunoterapii pembrolizumabem w leczeniu okołooperacyjnym; 2) talazoparyb albo olaparyb w monoterapii w pierwszej lub drugiej lub trzeciej linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego potrójnie ujemnego raka piersi z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA 1/2, gdy leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania pacjenci musieli otrzymać wcześniej chemioterapię zawierającą taksoid lub	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. W przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu. Po zabiegu operacyjnym stosuje się leczenie uzupełniające trastuzumabem Łącznie leczenie neoadjuwantowe i adjuwantowe i całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań trastuzumabu (stosowanego co 3 tygodnie). Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem emtanzyną wyłącznie w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym) HER2-dodatniego raka piersi): a) obejmuje maksymalnie 14 podań, albo b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby, albo c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. Pacjenci, u których wcześniejsze zakończenie leczenia trastuzumabem emtanzyną spowodowane	c) morfologia krwi z rozmazem; d) stężenie kreatyniny; e) stężenie bilirubiny; f) aktywność AlAT; g) aktywność AspAT; h) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej); i) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej); j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej); k) inne badania w razie wskazań klinicznych. **1.2.2. Monitorowanie leczenia** a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenie stężenia w surowicy: – kreatyniny, – bilirubiny; – oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); c) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia olaparybem.

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);

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).

Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu. W programie lekowym istnieje jednorazowa możliwość zastosowania immunoterapii.

1. Leczenie wczesnego raka piersi

1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:

1.1.1. leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią

albo

1.1.2. leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią

albo

1.1.3. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią

albo

1.1.4. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem emtanzyną.

Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi:

jest wystąpieniem objawów niepożądanych niezwiązanych – w opinii lekarza - z samym trastuzumabem, mogą zostać włączeni do programu leczenia adjuwantowego raka piersi schematem zawierającym trastuzumab i ukończyć terapię anty-HER2 zawierającą nie więcej niż 18 podań (łącznie z liczbą podań w leczeniu przedoperacyjnym i liczbą podań trastuzumab emtanzyny).

1.2. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi

Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).

Należy rozpocząć nie później niż w ciągu 12 tygodni od zakończenia ostatniej terapii przeciwnowotworowej.

Możliwe jest jednoczesne stosowanie olaparybu z hormonoterapią.

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.2.1. Czas leczenia

Leczenie trwa łącznie 13 cykli (cykl trwa 28 dni) lub do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

1.3. Leczenie okołooperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi

1.3.1. Wykaz badań przy kwalifikacji

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

b) morfologia krwi z rozmazem;

c) stężenie kreatyniny;

d) aktywność AlAT;

e) aktywność AspAT;

f) stężenie bilirubiny;

g) poziom TSH i fT4;

h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni);

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

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

k) EKG;

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

1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi; 2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) stopień zaawansowania: a) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi trastuzumabem: – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 10 mm lub obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego, albo b) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią: – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 20 mm i jest obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub nie ma ekspresji receptorów ER i PgR lub – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego albo c) w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem: – wyjściowo średnica guza powyżej 5mm lub cecha cN1, jeżeli chore otrzymały systemowe leczenie przedoperacyjne (w tym zawierające	**1.3. Leczenie okołooperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi** Dawka pembrolizumabu w fazie neoadjuwantowej i adjuwantowej 200 mg co 3 tygodnie lub po 400 mg co 6 tygodni. Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z chemioterapią: a) obejmuje 8 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 4 dawki pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni albo b) trwa do momentu stwierdzenia progresji choroby wykluczającej radykalne leczenie chirurgiczne albo c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4. Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym): a) obejmuje 9 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 5 dawek pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni albo b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby	m) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne); n) mammografia; o) USG piersi z oceną dołów pachowych, p) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **1.3.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem; b) stężenie kreatyniny; c) aktywność AlAT; d) aktywności AspAT; e) stężenie bilirubiny; f) oznaczenie poziomu TSH i fT4; dotyczy jedynie leczenia pembrolizumabem; g) oznaczenie glikemii na czczo. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 3 tygodnie lub przed każdym cyklem chemioterapii w przypadku pembrolizumabu w leczeniu przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-e, – nie rzadziej niż co 3 miesiące w przypadku leczenia przedoperacyjnego

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

b) wycięciu guza z marginesem tkanek prawidłowych oraz pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii z uzupełniającą radioterapią całej piersi (leczenie oszczędzające). Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3) lit. d) 5) wartość LVEF co najmniej 50%; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.2. Leczenie wczesnego HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **1.2.1.** leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi olaparybem w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA1/2, u których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową.	Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu). W terapii przerzutowego raka piersi trastuzumab podaje się: a) w skojarzeniu z chemioterapią lub inhibitorem aromatazy lub b) w monoterapii lub c) w skojarzeniu z pertuzumabem i docetakselem Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420mg (kolejne cykle leczenia).	a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) badanie mutacji germinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej) – tylko w przypadku talazoparybu albo olaparybu, c) potwierdzona mutacja genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu - tylko w przypadku alpelisybu (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), d) potwierdzenie ekspresji PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 10 oznaczonej zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu, e) morfologia krwi z rozmazem, f) stężenie kreatyniny, g) aktywność AlAT, h) aktywność AspAT, i) stężenie bilirubiny, j) poziom TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem, k) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku leczenia alpelisybem oraz pembrolizumabem, l) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu,

Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-ujemnego raka piersi: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi bez przerzutów odległych (tj. cecha M0 w klasyfikacji TNM); 3) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 4) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA 1 lub w BRCA2 (germinalnej); 5) zakończone miejscowe leczenie chirurgiczne piersi lub węzłów pachowych (chorzy po zabiegach chirurgicznych muszą ukończyć radioterapię adjuwantową o ile jest wskazana); 6) ukończenie chemioterapii adjuwantowej lub neoadjuwantowej; a) rak piersi potrójnie ujemny: - w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu i chemioterapii adjuwantowej - pierwotny guz piersi o dowolnej średnicy i patomorfologicznie potwierdzona obecność przerzutów w pachowych węzłach chłonnych (cecha ≥pN1) lub inwazyjny guz pierwotny o średnicy przynajmniej 2 cm (cecha ≥pT2); - w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR); lub b) rak piersi z udokumentowaną ekspresją steroidowych receptorów hormonalnych: - w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu lub hormonoterapii przedoperacyjnej - obecność choroby przerzutowej w węzłach chłonnych; - w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR);	Dawka docetakselu: 75-100mg/m2 (w każdym cyklu) W terapii łączonej z pertuzumabem i trastuzumabem należy podać 6 cykli docetakselu, wcześniejsze zakończenie chemioterapii jest możliwe tylko, gdy wystąpią istotne objawy niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację. Możliwe jest także zmniejszenie dawki docetakselu, jeśli jest wskazane klinicznie. Jeżeli leczenie docetakselem zostanie przerwane z powodu toksyczności, leczenie pertuzumabem i trastuzumabem powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym. Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Maksymalna dobowa dawka tukatynibu: 600 mg / dobę (codziennie). Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka trastuzumabu podskórnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 600 mg (w każdym cyklu).	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, n) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian, 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, p) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej), q) EKG, r) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2 oraz leczenia pembrolizumabem, s) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECH,

7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego; 8) brak przeciwwskazań do stosowania olaparybu; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 10) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 12) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia, wczesnego HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.3. Leczenie okołooperacyjne potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **1.3.1.** leczenie okołooperacyjne pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) i kontynuacja pembrolizumabu jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium z dużym ryzykiem nawrotu Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi:	Każdy cykl leczenia trastuzumabu w skojarzeniu z tukatynibem obejmuje 21 dni. Maksymalna dobowa dawka kapecytabiny w skojarzeniu z tukatynibem: 2000 mg/m2 powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych. Dawka trastuzumabu derukstekanu: 5,4 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **2.1.2. Czas leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. **2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego** Zalecana maksymalna dawka dobowa palbocyklibu:125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).	t) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne). Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) stężenie kreatyniny, c) aktywność AlAT, d) aktywności AspAT, e) stężenie bilirubiny, f) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku alpelisybu i pembrolizumabu, g) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c - tylko w przypadku alpelisybu, h) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6, i) EKG (tylko w przypadku rybocyklibu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), na początku drugiego cyklu, a potem w zależności od wskazań klinicznych),

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	Zalecana maksymalna dawka dobowa rybocyklibu: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dawka dobowa abemacyklibu: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dobowa dawka alpelisybu: 300 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobowa dawka talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie). Dawka fulwestrantu stosowanego w skojarzeniu z inhibitorem CDK4/6 lub alpelisybem: 500mg/dobę (podawany w 1,15 oraz 29 dniu a następnie raz na miesiąc). Dawka dobowa inhibitorów aromatazy stosowanych w skojarzeniu z inhibitorami CDK4/6: a) letrozol: 2,5mg/dobę, b) anastrozol: 1 mg/dobę, c) eksemestan:25 mg/ dobę. W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni. Szczegóły dotyczące sposobu podawania,	j) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem. Badania wykonuje się: – przed każdym kolejnym cyklem leczenia (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące - w czasie wyłącznego stosowania pertuzumabu i trastuzumabu, trastuzumabu w monoterapii lub trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy, – przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia trastuzumabem emtanzyną oraz trastuzumabem derukstekanem, – dodatkowo morfologia przed każdym podaniem paklitakselu – w przypadku leczenia trastuzumabem w skojarzeniu z paklitakselem, – co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych cykli leczenia, następnie na początku każdego z 4 kolejnych cykli i następnie w zależności od wskazań klinicznych – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6, – 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

badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Leczenie przerzutowego raka piersi** **2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:** **2.1.1.** leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.2.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.3.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.4.** leczenie przerzutowego raka piersi tukatynibem w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną (II, III lub IV linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.5.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem (II lub III lub IV linia leczenia anty-HER2 przerzutowego raka piersi). <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego:</u> 1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi: a) uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);	ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **2.2.2. Czas leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. **2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi** Zalecana maksymalna dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym. Zalecana maksymalna dobowa dawka talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dawka sacytuzumabu gowitekanu: 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu). Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	badania oznaczone w ppkt a)-g) wykonywane co 3 miesiące - w przypadku leczenia alpelisybem, – morfologia co miesiąc lub w przypadku wskazań klinicznych, pozostałe badania nie rzadziej niż co 3 miesiące - w przypadku leczenia talazoparybem oraz olaparybem, – przed każdym podaniem leczenia – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekan, – podczas stosowania tukatynibu w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną badania wykonuje przed każdym cyklem leczenia – przed każdym cyklem leczenia w przypadku stosowania pembrolizumabu – punkty a-e, – nie rzadziej niż raz na 6 tygodni w przypadku w leczenia przerzutowego raka piersi pembrolizumabem – punkt f oraz j; 2) badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki) – nie dotyczy inhibitorów CDK4/6, alpelisybu, talazoparybu oraz olaparybu: a) EKG, b) ECHO,

2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 4) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 5) wartość LVEF co najmniej 50%; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.2. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **2.2.1.** leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo	**2.3.1. Czas leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.	c) konsultacja kardiologiczna – w zależności od wskazań klinicznych, d) TK klatki piersiowej – w zależności od wskazań klinicznych lub podejrzenia śródmiąższowego zapalenia płuc; 3) badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej): a) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub miednicy lub MR (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie), d) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu, e) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6, f) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu).

2.2.2. leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK 4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem (I linia zaawansowanego raka piersi -tylko w przypadku abemacyklibu lub rybocyklibu lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo **2.2.3.** leczenie przerzutowego, hormonowrażliwego, HER2-ujemnego raka piersi z obecnością mutacji PIK3CA alpelisybem w skojarzeniu z fulwestrantem (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo **2.2.4.** leczenie przerzutowego raka piersi w monoterapii inhibitorami PARP (talazoparybem albo olaparybem) chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2 (II lub III linia zaawansowanego hormonozależnego raka piersi). W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6. <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.: a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾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));		g) ECHO serca (jedynie w przypadku pembrolizumabu); Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 3 miesiące – w przypadku leczenia talazoparybem oraz olaparybem, – nie rzadziej niż co 9 tygodni oraz w ostatnim dniu 20 tygodnia leczenia (+/- 7 dni) – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekanem, – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (w zależności od wskazań klinicznych) – w przypadku leczenia pembrolizumabem. W celu monitorowania leczenia dopuszcza się wykonywanie innych badań obrazowych koniecznych do oceny zmian według aktualnych kryteriów RECIST w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na

5) udokumentowana obecność mutacji genu PIK3CA – tylko w przypadku alpelisybu; 6) udokumentowana obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu; 7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 8) stan: a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji): – stan po obustronnym usunięciu jajników, – brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn), – brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH, b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego (w takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH)). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6; 9) kobiety w stanie pomenopauzalnym zdefiniowanym jako (do wyboru jedna z poniższych opcji): a) stan po obustronnym usunięciu jajników, b) brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn), c) brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH, lub mężczyźni. Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania alpelisybu; 10) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;		żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej sacytuzumab gowitekan przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników efektywności terapii: a) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 11,8 miesiąca, b) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 4,8 miesiąca, c) wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR) tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych z na oczekiwanym poziomie 31%; 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje

11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 12) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy: brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie jednej linii chemioterapii u chorych w sytuacji – udokumentowanego wcześniej rzeczywistego zagrożenia niewydolności narządów miąższowych w następstwie masywnych przerzutów). Dopuszczalne leczenie przedoperacyjne/uzupełniające: a) inhibitorem aromatazy, o ile czas od zakończenia leczenia do nawrotu wynosi więcej niż 12 miesięcy albo b) leczenie tamoksyfenem niezależnie od czasu do wystąpienia nawrotu (także nawrót w trakcie hormonoterapii). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6; 13) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem: a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi – dotyczy jedynie rybocyklibu i abemacyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem lub b) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hormonoterapii uzupełniającej inhibitorem aromatazy lub c) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 1 miesiąca od zakończenia hormonoterapii I rzutu. Dopuszczalne jest uprzednie stosowanie jednej linii chemioterapii z powodu zaawansowanego raka piersi (przed lub po hormonoterapii I rzutu). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6;		przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 15) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia; 16) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 17) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Dodatkowo dla pacjentek, które rozpoczęły monoterapię fulwestrantem w 1 linii leczenia hormonalnego przed 01.09.2020 r., w przypadku progresji choroby, możliwe będzie zastosowanie terapii palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy. **2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **2.3.1.** leczenie przerzutowego lub miejscowo nieoperacyjnego, nawrotowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 pembrolizumabem w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatyną (I linia leczenia TNBC) albo		

2.3.2. leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii talazoparybem albo olaparybem chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2 (I lub II lub III linia leczenia TNBC) albo **2.3.3.** leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem (II lub III lub IV linia leczenia TNBC). <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.: a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 3) histologicznie potwierdzony potrójnie ujemny rak piersi; 4) udokumentowany brak ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾1%; 5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 6) udokumentowana obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu; 7) udokumentowana potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 10 oznaczona zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu; 8) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;		

9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia; 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 13) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi 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. 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 kontynuacje leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków, w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym lub Konsultantem Wojewódzkim oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekunów prawnych.		

Załącznik B.10.

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

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

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

10) w przypadku wcześniejszego zachorowania na inny nowotwór kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane z tym nowotworem; 11) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie pembrolizumabem trwa 51 tygodni (17 cykli 3-tygodniowych) lub do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu wcześniej, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nawrotu nowotworu; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *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 (w przypadku stwierdzenia zmian przy kwalifikacji), klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy; 2) inne badania obrazowe (w tym mózgu) w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) badania klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni; obrazowanie mózgu i kości - w przypadku wystąpienia objawów klinicznych; 2) w ciągu miesiąca po zakończeniu leczenia; 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić potwierdzenie utrzymywania się stanu wolnego od choroby albo stwierdzenie nawrotu choroby. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
I LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *kabozantynibu*, *pazopanibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym - w przypadku *niwolumabu* z *ipilimumabem*, 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki – w przypadku *pazopanibu* możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin; 4) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 5) ukończony 18. rok życia; 6) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone udokumentowaną decyzją konsylium multidyscyplinarnego;	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, niwolumabem*** w połączeniu z ***ipilimumabem, pazopanibem*** 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla *ipilimumabu* z *niwolumabem*, *kabozantynibu*; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie); 15) elektrokardiogram (EKG); 16) pomiar ciśnienia tętniczego; 17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;

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 przeciwskazanie 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. *kabozantynibem*** 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie według skali IMDC; **1.2.3. *niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem*** 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC;		18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów); 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla *ipilimumabu z niwolumabem, kabozantynibu;* 8) pomiar ciśnienia tętniczego; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 4-8 tygodni - w przypadku leczenia *kabozantynibem, pazopanibem* i *niwolumabem* w fazie monoterapii;

2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego; 3) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. **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 ipilimumabem* 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) tych ognisk, o ile		2) dodatkowo w 3, 5, 7 i 9 tygodniu w przypadku leczenia *pazopanibem* dla oznaczeń określonych w punktach 3, 4, 5; 3) co 3-6 tygodni – w fazie leczenia skojarzonego *ipilimumabem z niwolumabem*. Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru; 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

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. 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		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.

pierwszej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		
II LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *kabozantynibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym- w przypadku *niwolumabu*; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 4) ukończony 18. rok życia; 5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, niwolumabem*** 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla *kabozantynibu* i *niwolumabu*; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie); 15) elektrokardiogram (EKG); 16) pomiar ciśnienia tętniczego; 17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;

8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii** **1.2.1. *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;* **1.2.2. *niwolumabem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym;		19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów); 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) 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;

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) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. 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;

(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 oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, 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.		3) 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.
III LINIA LECZENIA		

1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *kabozantynibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym – w przypadku *niwolumabu*; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 4) ukończony 18. rok życia; 5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, niwolumabem*** 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie); 15) elektrokardiogram (EKG); 16) pomiar ciśnienia tętniczego; 17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów);

9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia** **1.2.1. *kabozantynibem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym w 1. linii leczenia (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin) oraz *niwolumabem* w 2. linii leczenia; 2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantynibem;* **1.2.2. *niwolumabem*** 1) udokumentowane niepowodzenie dwóch linii wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin); 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;		20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 8) pomiar ciśnienia tętniczego; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni. Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru; 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);

3) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu14 dni przed rozpoczęciem leczenia niwolumabem (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni); 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;		2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. 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

3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) ciąża lub okres karmienia piersią; 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych; 6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, 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.		uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Załącznik B.12.FM.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA GRUDKOWEGO (ICD-10: C82)		
W ramach części I. programu lekowego w niżej wskazanych liniach leczenia chorym na chłoniaka grudkowego udostępnia się terapie: 1) w 1. linii leczenia – *obinutuzmabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)*; 2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – *obinutuzmabem w skojarzeniu z bendamustyną*; *3)* w 3. lub kolejnych liniach leczenia – *mosunetuzumabem w monoterapii,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzona histologicznie diagnoza chłoniaka grudkowego; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;	**1. Dawkowanie leków** **1.1. obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia** 1.1.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) Obinutuzumab w cyklu 1.: 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. Obinutuzumab w cyklach 2-6 lub 2-8 *(liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego):* w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia. Chemioterapia:	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 5) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 6) badanie histologiczne węzła chłonnego lub tkanki pozawęzłowej, w tym ocena obecności antygenu CD20 – w przypadku kwalifikacji do 1. linii leczenia; 7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA;

4) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
7) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub na białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii:

1.2.1. obinutuzmab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia

1) zaawansowany chłoniak grudkowy w stadium II bulky, III, IV wg Ann Arbor;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka grudkowego.

1.2.2. obinutuzmab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia

1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia chłoniaka grudkowego;
3) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu

1) CHOP – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu

albo

2) CVP – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu

albo

3) Bendamustyna – w dawce 90 mg/m^2 pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia

Leczenie indukujące obejmuje nie więcej niż 6-8 cykli w przypadku połączenia z chemioterapią CHOP lub CVP i nie więcej niż 6 cykli w przypadku połączenia z bendamustyną.

1.1.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii

Obinutuzumab: w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.

1.2. obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia

1.2.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną

Obinutuzumab w cyklu 1.: w dawce 1000 mg w podawany w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu),

8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;
9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) ocena wydolności wątroby:
   a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
3) ocena wydolności nerek:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;
4) oznaczenie stężenia elektrolitów:
   a) oznaczenie stężenia sodu,
   b) oznaczenie stężenia potasu.

Badania wykonuje się:

a) w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia oraz w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym cyklem oraz dodatkowo w cyklu 1 przed podaniem obinutuzumabu w dniu 8 i 15,

leczenia rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab. **1.2.3. mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia** 1) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia chłoniaka grudkowego, w tym przeciwciało anty-CD20 i lek alkilujący. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6-8 cykli (w zależności od zastosowanej chemioterapii), a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata; 2) obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata; 3) mosunetuzumabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia wynosi: a) 8 cykli – w przypadku pacjentów, u których po 8 cyklach stwierdzono całkowitą odpowiedź na leczenie (CR), albo b) 17 cykli – w przypadku pacjentów, u których po 8 cyklach stwierdzono częściową odpowiedź na leczenie (PR) lub stabilną chorobę (SD) choroby.	8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Obinutuzumab w cyklach 2-6: w dawce 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia. Bendamustyna w cyklach 1-6: w dawce 90 mg/m^2 pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia. 1.2.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii Obinutuzumab: w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego. **1.3. mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). Cykl 1: mosunetuzumab podawany w infuzji w dawce: – 1 mg w 1. dniu cyklu 1., – 2 mg w 8. dniu cyklu 1., oraz – 60 mg w 15. dniu cyklu 1. Cykl 2: mosunetuzumab podawany w dawce 60 mg w 1. dniu cyklu 2. Cykl 3 i kolejne: mosunetuzumab podawany w dawce 30 mg w 1. dniu cyklu 3. i każdego kolejnego cyklu.	b) w przypadku terapii mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym podaniem leku. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia elektrolitów; 7) oznaczenie stężenia CRP; 8) oznaczenie stężenia ferrytyny; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 10) oznaczenie APTT; 11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 12) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 13) oznaczenie stężenia D-dimerów. O częstości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia, oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku lub na białka mysie (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.), uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) okres ciąży lub karmienia piersią; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML); 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	Mosunetuzumab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia: 1) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR). Badania wykonuje się: a) w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia oraz w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – po zakończeniu leczenia indukującego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia), b) w przypadku terapii mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – po 8 cyklach leczenia, po 17 cyklach leczenia oraz w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia). Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
II. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B		
II.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA ROZLANEGO Z DUŻYCH KOMÓREK B (DLBCL)		

W ramach części II.A. programu lekowego chorym na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) udostępnia się poniższe terapie:

1) w 1. linii leczenia:
   a) *polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem*;
2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia:
   a) *polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem*,
   b) *tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem;*
3) w 3. lub kolejnych liniach leczenia:
   a) *epkorytamab w monoterapii*,
   albo
   b) *glofitamab w monoterapii*,

zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

W ramach programu lekowego jest możliwe zastosowanie tylko jednego przeciwciała bispecyficznego (epkorytamabu albo glofitamabu).

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);
2) wiek 18 lat i powyżej;
3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;

1. Dawkowanie leków

1.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem

Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).

1.1.1. Cykle 1-6:

Polatuzumab wedotyny w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylnej co 21 dni w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (R-CHP) przez 6 cykli.

Polatuzumab wedotyny, rytuksymab, cyklofosfamid i doksorubicyna mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu po podaniu prednizonu.

Rytuksymab – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m^2 pc. w 1. dniu każdego cyklu.

Cyklofosfamid – zalecana dawka cyklofosfamidu wynosi 750 mg/m^2 pc. w 1. dniu każdego cyklu.

Doksorubicyna – zalecana dawka doksorubicyny wynosi 50 mg/m^2 pc. w 1. dniu każdego cyklu.

Prednizon – zalecana dawka prednizonu wynosi 100 mg/dobę doustnie w dniach 1-5 każdego cyklu.

1.1.2. Cykle 7-8:

Rytuksymab podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 375 mg/m^2 pc. w 1. dniu cyklu 7 i cyklu 8.

1. Badania przy kwalifikacji

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) ocena wydolności wątroby:
   a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
3) ocena wydolności nerek:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie wskaźnika eGFR,
   c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;
4) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR);
5) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA;
6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;
7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
8) dodatkowo w przypadku terapii *polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem* – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
9) dodatkowo w przypadku terapii *tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem*:
   a) elektrokardiografia (EKG),
   b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA,
   c) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy).

4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia** **1.2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem** 1) uprzednio nieleczony chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) międzynarodowy indeks prognostyczny (IPI) 3-5; 3) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia; 4) stężenie bilirubiny ≤ 1,5 razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium). **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia**	**1.2. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). Polatuzumab wedotyny w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylnej co 21 dni w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem przez 6 cykli. Polatuzumab wedotyny, bendamustyna i rytuksymab mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu. Zaleca się, aby nie przekraczać dawki polatuzumabu wedotyny powyżej 240 mg/cykl. Bendamustyna – zalecana dawka wynosi 90 mg/m^2 pc. /dobę w 1. i 2. dniu każdego cyklu. Rytuksymab – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m^2 pc. w 1. dniu każdego cyklu. **1.3. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). 1.3.1. Cykle 1-12: Tafasytamab w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. podawany w infuzji dożylnej: – w cyklu 1. – w dniach 1., 4., 8., 15., i 22., – w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu, – od cyklu 4. do cyklu 12. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu.	W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem** lub **polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem** Badania przeprowadzane przed każdym cyklem: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia elektrolitów: a) oznaczenie stężenia sodu, b) oznaczenie stężenia potasu. **2.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem** Badania przeprowadzane przed każdym cyklem: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) – badanie przeprowadzane dodatkowo przed każdym podaniem tafasytamabu; 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

1.3.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem 1) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 2) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia; 3) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego; 4) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia; 5) stężenie bilirubiny ≤ 1,5 razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium). **1.3.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem** 1) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 2) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia; 3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego. **1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia** **1.4.1. epkorytamab w monoterapii** 1) chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL, *de novo* lub transformacja z indolentnego chłoniaka); 2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 3) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia ogólnoustrojowego; 4) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20; 5) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu	Lenalidomid – zalecana dawka początkowa wynosi 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu – od cyklu 1. do cyklu 12. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. 1.3.2. Od 13 cyklu: Tafasytamab od 13. cyklu podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. w infuzji dożylnej – w dniach 1. i 15. każdego cyklu. **1.4. epkorytamab w monoterapii** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). 1.4.1. Cykl 1: Epkorytamab podawany jest podskórnie w dawce: – 0,16 mg w dniu 1. cyklu 1., następnie – w dawce 0,8 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie – w dawce 48 mg w dniu 15. i 22. cyklu 1. 1.4.2. Od 2 cyklu:	b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); **2.3. epkorytamab w monoterapii** 2.3.1. Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem epkorytamabu – morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym). 2.3.2. Badania przeprowadzane przed każdym podaniem epkorytamabu w cyklu 1. i 2. oraz przed każdym cyklem od cyklu 3.: 1) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia elektrolitów: a) oznaczenie stężenia sodu, b) oznaczenie stężenia potasu. **2.4. glofitamab w monoterapii** 2.4.1. Badania przeprowadzane w cyklu 1. przed leczeniem wstępnym oraz przed każdym podaniem glofitamabu, a następnie przed każdym kolejnym cyklem: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);

lekowego lub wcześniejsze niepowodzenie przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT). **1.4.2. glofitamab w monoterapii** 1) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 2) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia układowego. **1.5.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w tej części programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) *polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem* – maksymalny czas trwania terapii skojarzonej wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia rytuksymabem w monoterapii wynosi 2 cykle (cykl nr 7 i cykl nr 8); 2) *polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem* – leczenie kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli;	Epkorytamab podawany jest podskórnie w dawce 48 mg: – w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu, – od cyklu 4. do cyklu 9. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu, – od 10. cyklu – w dniu 1. każdego cyklu. Epkorytamab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku. **1.5. glofitamab w monoterapii** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). 1.5.1. Cykl 1: Leczenie wstępne w dniu 1. cyklu 1. prowadzone jest zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego dla glofitamabu. Glofitamab podawany jest dożylnie w dawce: – 2,5 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie – w dawce 10 mg w dniu 15. cyklu 1. 1.5.2. Cykle 2-12: Glofitamab od 2. cyklu podawany jest dożylnie w dawce 30 mg w dniu 1. każdego cyklu.	2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia elektrolitów: a) oznaczenie stężenia sodu, b) oznaczenie stężenia potasu. 2.4.2. Badanie przeprowadzane przed każdym cyklem – test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia elektrolitów; 7) oznaczenie stężenia CRP; 8) oznaczenie stężenia ferrytyny; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 10) oznaczenie APTT; 11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 12) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 13) oznaczenie stężenia D-dimerów.

3) *tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem* – maksymalny czas leczenia tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem wynosi 12 cykli, natomiast przez kolejne cykle tafasytamab jest podawany w monoterapii do momentu wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 4) *epkorytamabem w monoterapii* – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 5) *glofitamabem w monoterapii* – maksymalny czas leczenia wynosi 12 cykli (21-dniowych). **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML); 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	Glofitamab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	O częstości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR). Badania wykonywane są: a) po 3 cyklach leczenia, po zakończeniu leczenia lub w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii *polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem* lub *polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem*, b) po 3 cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia), po 12 cyklach leczenia (w trakcie 13. miesiąca leczenia) oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii *tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem*, c) po 3 cyklach leczenia, po 6 cyklach leczenia i po 12 cyklach leczenia oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii *epkorytamab w monoterapii*,

		d) po 3 cyklach leczenia, po 6 cyklach leczenia i po 12 cyklach leczenia oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii *glofitamab w monoterapii*. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia, z wyjątkiem oceny po 3 cyklu leczenia, podczas której można zastosować TK, nawet jeśli przy kwalifikacji do programu wykonano badanie PET-TK. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji – dotyczy każdej z terapii w tej części programu.
II.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B – TERAPIA CAR-T		
W ramach części II.B. programu lekowego chorym na chłoniaki z dużych komórek B udostępnia się poniższe terapie CAR-T: 1) chorym na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) lub chłoniaka z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) lub stransformowanego w DLBCL chłoniaka grudkowego (TFL): a) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – aksykabtagenem cyloleucelu, albo b) w 3. lub kolejnych liniach leczenia – tisagenlecleucelem;	**1. Dawkowanie leków** Schemat dawkowania aksykabtagenu cyloleucelu oraz tisagenlecleucelu zgodnie zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych substancji czynnych. Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu. Przed podaniem aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami	**1. Badania** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego; 2) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 3) ocena funkcji wątroby, tj.: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); b) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) ocena funkcji nerek, tj.: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie klirensu kreatyniny;

2) chorym na pierwotnego chłoniaka śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL) w 3. lub kolejnych liniach leczenia – aksykabtagenem cyloleucelu, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta. Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T; 3) czynność szpiku kostnego pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 4) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 5) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 miesięcy po infuzji aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.	aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych produktów. Aksykabtagen cyloleucelu lub tisagenlecleucel muszą być podawane w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi aksykabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem. **2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego** Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.	5) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 6) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR); 7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK; 8) elektrokardiografia (EKG); 9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 11) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA); 13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV). **1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) białka ostrej fazy: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny; 3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: a) oznaczenie APTT, b) oznaczenie INR, c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), d) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 4) ocena funkcji nerek (jak w pkt 1.1. wyżej);

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. linii leczenia chłoniaka DLBCL, HGBCL lub TFL aksykabtagenem cyloleucelu 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL) (badanie histopatologiczne z okresu rozpoznania lub dodatkowe badanie – jeśli są wskazania kliniczne); 2) nawrót choroby w ciągu 12 miesięcy od zakończenia immunochemioterapii 1. linii lub choroba oporna na immunochemioterapię 1. linii; 3) kwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (autoHSCT) w momencie kwalifikacji do programu lekowego. **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka DLBCL, HGBCL lub TFL tisagenlecleucelem albo aksykabtagenem cyloleucelu** 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL); 2) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego; 3) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20 i antracykliny; 4) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT).		5) ocena funkcji wątroby (jak w pkt 1.1. wyżej). **1.3. Badania w dniu następnym po podaniu aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: a) oznaczenie APTT, b) oznaczenie INR, c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), d) oznaczenie stężenia fibrynogenu, e) oznaczenie stężenia D-dimerów; 3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T** 1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS; 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), d) oznaczenie APTT,

1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka PMBCL aksykabtagenem cyloleucelu 1) potwierdzony histologicznie pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL); 2) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego; 3) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20 i antracykliny; 4) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT). **2. Określenie czasu leczenia w programie** U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie aksykabtagenu cyloleucelu albo jedno podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T. **3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu** Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) okres ciąży lub karmienia piersią; 3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe; 4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc; 5) aktywna hemoliza; 6) aktywna koagulopatia;		e) oznaczenie INR, f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), g) oznaczenie stężenia fibrynogenu, h) oznaczenie stężenia D-dimerów; (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi); 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz; 4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 9) znaczenie stężenia elektrolitów. Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN; 9) zakażenie HIV; 10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C; 11) aktywna choroba autoimmunologiczna; 12) pierwotny niedobór odporności; 13) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: a) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia aksykabtagenem cyloleucelu, b) cyklofosfamid i fludarabina albo bendamustyna – w przypadku leczenia tisagenlecleucelem; 14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19). **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.		Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T: 1) TK lub NMR lub PET-TK. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
III.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7)		
W ramach części III.A. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszcza (MCL) udostępnia się terapię ibrutynibem w monoterapii, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie leku** Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 560 mg podawana doustnie 1 raz na dobę. **2. Modyfikacja dawkowania leku**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek:

1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka z komórek płaszcza; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 4) nawrót albo progresja lub oporność na wcześniejsze leczenie; 5) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni ibrutynibem w monoterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie**	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 5) oznaczenie stężenia albumin; 6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 7) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR) – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza; 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał 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 stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania:

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

Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta. 1) potwierdzony histologicznie chłoniak z komórek płaszcza (MLC); 2) wiek 18 lat i powyżej; 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; 4) stosowano wcześniej co najmniej dwie linie leczenia systemowego, w tym inhibitor kinazy tyrozynowej Brutona (inhibitor BTK); 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; 6) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 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. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 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.	Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu. Przed podaniem breksukabtagenu autoleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. 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. **2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego** Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu.	3) ocena funkcji wątroby, tj.: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) ocena funkcji nerek, tj.: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie klirensu kreatyniny; 5) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: a) oznaczenie APTT, b) oznaczenie INR, c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), d) oznaczenie stężenia fibrynogenu, e) oznaczenie stężenia D-dimerów; 6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK; 8) elektrokardiografia (EKG); 9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 11) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA); 13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty HCV). **1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem breksukabtagenu autoleucelu**

3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) okres ciąży lub karmienia piersią; 3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe; 4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc; 5) aktywna hemoliza; 6) aktywna koagulopatia; 7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN; 9) zakażenie HIV; 10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C; 11) aktywna choroba autoimmunologiczna; 12) pierwotny niedobór odporności; 13) aktywna, przewlekła lub ostra choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 14) żywa szczepionka podana w ciągu 6 tygodni przed planowanym rozpoczęciem chemioterapii limfodeplecyjnej; 15) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: cyklofosfamid i fludarabina; 16) nawrót choroby bez ekspresji CD19 po wcześniejszej terapii anty-CD19;		1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) białka ostrej fazy: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny; 3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: a) oznaczenie APTT, b) oznaczenie INR, c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), d) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 4) ocena funkcji nerek (jak wyżej); 5) ocena funkcji wątroby (jak wyżej). **1.3. Badania w dniu następnym po podaniu breksukabtagenu autoleucelu** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: a) oznaczenie APTT, b) oznaczenie INR, c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), d) oznaczenie stężenia fibrynogenu, e) oznaczenie stężenia D-dimerów; 3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).

17) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19). **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania breksukabtagenu autoleucelu.		**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T:** 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; 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), d) oznaczenie APTT, e) oznaczenie INR, f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), g) oznaczenie stężenia fibrynogenu, h) oznaczenie stężenia D-dimerów; (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi); 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz; 4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów.

		Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania breksukabtagenu autoleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T: 1) TK lub NMR lub PET-TK. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.
		1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) choroba stabilna (SD), d) brak odpowiedzi (NR), e) progresja choroby (PD), f) przeżycie bez progresji choroby (PFS), g) przeżycie całkowite (OS); Zespół Koordynacyjny (w przypadku, gdy występuje, zgodnie z opisem wskazanym w odpowiedniej części programu) analizuje przekazane dane dotyczące ww. wskaźników skuteczności terapii i podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym (tj. w odpowiedniej części programu) na koniec każdego roku; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.14.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową przewlekłą białaczkę szpikową albo chorym z nietolerancją imatynibu udostępnia się terapie:
1) nilotynibem,
2) bosutynibem,
3) ponatynibem,
4) asciminibem,
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji
Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.
1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji
1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) rozpoznanie przewlekłej białaczki szpikowej z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL1 lub chromosomu Filadelfia (Ph+);
4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</td>
<td>1. Dawkowanie leków
1.1. nilotynib
Zalecana dawka nilotynibu wynosi 400 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 800 mg).
Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.

1.2. bosutynib
Zalecana dawka bosutynibu wynosi 500 mg podawana doustnie raz na dobę.
Zwiększenie dawki do 600 mg raz na dobę jest dozwolone u pacjenta, u którego nie wystąpiły ciężkie ani długotrwałe działania niepożądane o nasileniu umiarkowanym w sytuacji:
1) nieosiągnięcia całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8,
2) nieosiągnięcia całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12.

1.3. ponatynib</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL;
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
7) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie);
8) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie);
9) badanie mutacji domeny kinazy ABL w przypadku oporności na poprzednio stosowany inhibitor kinazy tyrozynowej;
10) dodatkowo w przypadku terapii nilotynibem lub ponatynibem:
a) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi,
b) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi,
c) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi,
d) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi,
e) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi;</td>
</tr>
</table>

5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;

6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

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 inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji możliwe jest zastosowanie 3 inhibitorów drugiej generacji.

W przypadku ciąży lub karmienia piersią należy postępować zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku oraz aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. *nilotynibem* lub *bosutynibem* – w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej w fazie przewlekłej lub akceleracji

1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji;

2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym leczenie *imatynibem*;

3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:

a) oporność na leczenie *imatynibem* oraz obecność mutacji innej niż T315I,

lub

b) brak remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia *imatynibem*,

lub

Zalecana dawka początkowa *ponatynibu* wynosi:

1) 45 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta z mutacją T315I, mutacjami złożonymi lub progresją przewlekłej białaczki szpikowej do fazy akceleracji lub fazy kryzy blastycznej,

2) 30 mg lub 15 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzkiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym.

U świadczeniobiorcy, który osiągnął przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku <35%) lub BCR-ABL <10% IS (MR[1]), można zredukować dawkę *ponatynibu* do 30 mg lub 15 mg raz na dobę, w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia.

1.4. asciminib

Zalecana dawka *asciminibu* wynosi 40 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 80 mg).

Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.

2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje

11) dodatkowo w przypadku terapii *asciminibem* – oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania wykonywane raz w miesiącu, a po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 3 miesiące:

1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia);

2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

6) dodatkowo w przypadku terapii *ponatynibem*, *asciminibem* – oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi;

7) dodatkowo w przypadku terapii *nilotynibem* lub *ponatynibem* (dotyczy tylko chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem):

a) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi,

b) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi,

c) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi,

d) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami:

1) badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne* – co 3 miesiące do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej

c) brak częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS (MR^1) w 6 miesiącu leczenia *imatynibem*, lub d) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >1% IS (MR^2) po 12 miesiącach leczenia *imatynibem*, lub e) utrata osiągniętej wcześniej odpowiedzi hematologicznej lub cytogenetycznej lub większej molekularnej MR^3 (tj. po utracie odpowiedzi- BCR-ABL >0,1% IS), lub f) progresja choroby, lub g) nietolerancja leczenia *imatynibem*, lub h) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). **1.2.2. *bosutynibem* – w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej w fazie kryzy blastycznej** 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie kryzy blastycznej; 2) wcześniejsze leczenie imatynibem lub innym inhibitorem kinazy tyrozynowej, po którym wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). **1.2.3. *ponatynibem***	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	– CCyR lub BCR-ABL <1% IS (MR^2), a następnie ilościowe badanie molekularne* co 3 miesiące. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **3.1. Monitorowanie w fazie odstawienia leczenia *nilotynibem* u pacjentów z uzyskaną trwałą głęboką odpowiedzią molekularną (≥MR^4)** Badania wykonywane nie rzadziej niż co 4 tygodnie przez pierwsze 6 miesięcy od odstawienia *nilotynibu*, następnie co 6 tygodni przez kolejne 6 miesięcy, a później co 3 miesiące: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) ilościowe badanie molekularne* (liczba kopii transkryptu BCR-ABL1). **3.2. Monitorowanie po wznowieniu leczenia *nilotynibem* u pacjentów, którzy utracili większą odpowiedź molekularną (MMR) w trakcie fazy odstawienia leczenia *nilotynibem*** Badania wykonywane co 4 tygodnie do czasu odzyskania MMR, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) ilościowe badanie molekularne* (liczba kopii transkryptu BCR-ABL1).

1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym leczenie *imatynibem*; 3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) oporność na leczenie *imatynibem* związana z wykrytą mutacją T315I lub b) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). **1.2.4. *asciminibem*** 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej; 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia; 3) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.		**4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) odpowiedź całkowita hematologiczna (CHR), b) odpowiedź cytogenetyczna: – całkowita (CCyR), – częściowa (PCyR), – mniejsza (mCyR), – minimalna (minCyR), – brak odpowiedzi (nCyR), c) odpowiedź molekularna: – większa (MMR, MR^3), – głęboka (MR^4 lub $MR^{4,5}$ lub MR^5), d) progresja choroby (PD), e) przeżycie bez progresji choroby (PFS), f) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) *nilotynibem* – można rozważyć odstawienie leczenia u pacjenta, który uzyskał trwałą głęboką odpowiedź molekularną (≥MR[4]) oraz spełnione są łącznie następujące warunki: a) w pierwszej linii leczenia zastosowano *imatynib*, b) leczenie *nilotynibem* trwało przynajmniej 3 lata, a głęboka odpowiedź molekularna na leczenie *nilotynibem* utrzymuje się przez minimum jeden rok przed planowanym odstawieniem leczenia, W przypadku utraty większej odpowiedzi molekularnej (MMR, MR[3] tj. po utracie odpowiedzi BCR-ABL jest >0,1% IS) powinno zostać wznowione leczenie *nilotynibem* w ciągu 4 tygodni od utraty MMR. W przypadku, gdy pacjent nie toleruje procesu odstawienia leku, możliwy jest powrót do leczenia *nilotynibem*. W przypadku stwierdzenia oporności na dwie linie leczenia, jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorca jest kandydatem do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, należy wszcząć procedurę kwalifikacji do transplantacji. **3. Kryteria wyłączenia z programu (występujące podczas leczenia ostatnim z możliwych do zastosowania inhibitorów, w przypadku chorych, u których zastosowano wszystkie dostępne terapie zgodnie z zapisami programu lekowego) lub kryteria zmiany inhibitora kinazy tyrozynowej** 1) progresja choroby w trakcie leczenia wyrażająca się:		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. 1) *badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka.

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

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

Załącznik B.15.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii pierwotnej i wtórnej profilaktyki krwawień oraz leczenia hemofilii powikłanej nowo powstałym krążącym antykoagulantem dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień** **1.1.** Pierwotna profilaktyka krwawień u dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z ciężką postacią hemofilii A lub B, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII lub IX równym lub poniżej 1% poziomu normalnego. Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX - osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu. **1.2.** Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B wcześniej nie leczonych czynnikami krzepnięcia osoczopochodnymi (ludzkimi), u których wystąpiło nie więcej niż jedno krwawienie dostawowe,	**1. Pierwotna profilaktyka krwawień** 1) czynnik VIII osoczopochodny, czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: a) dzieci do ukończenia 2. roku życia – 100-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie); b) dzieci powyżej 2. roku życia – 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 2) czynnik IX osoczopochodny: 100-400 j. m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 3) czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-480 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 4) emicizumab: zalecana dawka nasycająca (tydzień 1 – 4): 3 mg/ kg m. c. raz na tydzień; zalecana dawka podtrzymująca (od 5.	**1. Kwalifikacja do leczenia** W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania: 1) badania przesiewowe: a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT), b) czas protrombinowy (PT), c) czas trombinowy (TT); 2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym; 3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII; 4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg); 5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen); 6) wykonanie badań wirusologicznych (w tym HCV PCR, HBV PCR u chorych z obecnymi przeciwciałami anty HCV, HBV PCR u chorych z dodatnim antygenem HBs) 7) morfologia krwi. W związku z realizacją modułów programu, inne niż wymienione w pkt 1-7 badania, są wykonywane na podstawie indywidualnych decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji

rozpoczęta do 3. roku życia.

Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty rekombinowanych czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX, minimum drugiej generacji lub o przedłużonym działaniu.

1.3. Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:

1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;
2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.

1.4. Zapewnienie emicizumabu dla dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia, z ciężką postacią hemofilii A, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII poniżej 1% poziomu normalnego:

1) do ukończenia 2. roku życia;

lub

2) u których występuje trudny dostęp dożylny definiowany jako konieczność usunięcia drugiego portu bądź brak możliwości założenia portu, nawet jeśli nie występowały u nich wcześniej krwawienia dostawowe;

lub

3) u których występują co najmniej trzy udokumentowane krwawienia rocznie wymagających leczenia czynnikiem VIII,

tygodnia):

1,5 mg/kg m. c. raz na tydzień lub

3 mg/kg m. c. raz na 2 tygodnie lub

6 mg/kg m. c. raz na 4 tygodnie.

Schemat leczenia dawkami podtrzymującymi należy wybrać na podstawie preferencji lekarza prowadzącego i pacjenta/opiekuna, z myślą o jak najlepszym przestrzeganiu schematu leczenia.

2. Wtórna profilaktyka krwawień

1) czynnik VIII osoczopochodny:
   a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);
   b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).
2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu:

   140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).
3) czynnik IX osoczopochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu:

   120-400 j.m./kg m. c., na 28 dni (4 tygodnie).
4) emicizumab:

leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Regionalne centra leczenia hemofilii są zobligowane do zapewnienia do nich dostępu.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Ocena skuteczności leczenia

W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:

1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku;
2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku;
3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów.

2.2. W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta.

Badania w monitorowaniu leczenia:

1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku;
2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) co najmniej raz w roku;
3) obecność przeciwciał anty-HBs;
4) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anty-HBS), u dodatnich przeciwciała anty-HBc i anty HBe, DNA HBV;
5) przeciwciała anty-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV;
6) przeciwciała anty-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV;
7) USG naczyń w okolicy dojścia żylnego, nie rzadziej niż raz w roku;
8) badanie ogólne moczu.

pomimo prawidłowo stosowanej profilaktyki czynnikiem VIII.

2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień

2.1. Wtórna profilaktyka krwawień jest prowadzona u dzieci od 1. dnia życia do ukończenia 18. roku życia, chorych na hemofilię A lub B, po wystąpieniu więcej niż jednego krwawienia do stawów.

Substancja czynna finansowana w ramach wtórnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX:

1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;
2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.

2.2. Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:

1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;
2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.

2.3. Zapewnienie emicizumabu dla dzieci od 1 dnia życia z ciężką postacią hemofilii A, o poziomie aktywności czynników

zalecana dawka nasycająca (tydzień 1 – 4):

3 mg/ kg m. c. raz na tydzień;

zalecana dawka podtrzymująca (od 5. tygodnia):

1,5 mg/kg m. c. raz na tydzień lub

3 mg/kg m. c. raz na 2 tygodnie lub

6 mg/kg m. c. raz na 4 tygodnie.

Schemat leczenia dawkami podtrzymującymi należy wybrać na podstawie preferencji lekarza prowadzącego i pacjenta/opiekuna, z myślą o jak najlepszym przestrzeganiu schematu leczenia.

3. U dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego, zapewnienie czynnika VIII lub IX do zabiegu, według schematu:

3.1. Dawkowanie czynnika VIII:

1) pierwsza doba: 40 do 70 j.m./kg m. c., co 8 godzin;
2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.;
4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.

3.2. Dawkowanie czynnika IX

2.3. Na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii możliwe jest, w ramach monitorowania leczenia, wykonanie następujących badań:

1) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);
2) ocena aktywności czynników krzepnięcia VIII i IX (w hemofilii A – czynnika VIII, w hemofilii B – czynnika IX); w zależności od sytuacji klinicznej powyższe badanie należy wykonać w razie braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce oraz w innych uzasadnionych sytuacjach (np. przed zabiegami i procedurami inwazyjnymi lub po zmianie produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny)

- w przypadku leczenia moroktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę z użyciem substratu chromogennego;

- w przypadku leczenia emicizumabem do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę chromogenną.

2.4. Oznaczanie inhibitora (nie dotyczy pacjentów otrzymujących profilaktykę z zastosowaniem emicizumabu)

1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdych 10 przetoczeniach;
2) powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy;
3) w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny;
4) w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce.

W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia

krzepnięcia VIII poniżej 1% poziomu normalnego:

1) do ukończenia 2. roku życia;

lub

2) u których występuje trudny dostęp dożylny definiowany jako konieczność usunięcia drugiego portu bądź brak możliwości założenia portu, nawet jeśli nie występowały u nich wcześniej krwawienia dostawowe;

lub

3) u których występują co najmniej trzy udokumentowane krwawienia rocznie wymagających leczenia czynnikiem VIII, pomimo prawidłowo stosowanej profilaktyki czynnikiem VIII.

3. Objęcie programem wywoływania tolerancji immunologicznej wszystkich pacjentów z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania powyżej 6 miesięcy od momentu wykrycia).

Finansowanie realizacji wywoływania tolerancji immunologicznej odbywa się poprzez realizację stosownych umów z podmiotami odpowiedzialnymi. Wymóg zawarcia przedmiotowych umów jest zapisywany w specyfikacji przetargowej.

Decyzja o rodzaju i dawce leku oraz czasie terapii stosowanej w ramach modułu wywołania indukcji tolerancji immunologicznej jest podejmowana przez Zespół Koordynacyjny, zgodnie ze standardem leczenia hemofilii powikłanej inhibitorem.

Kryteria włączenia do przedmiotowego modułu nowopowstałego inhibitora u dzieci do 18. roku życia:

1) pacjenci z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym osoczopochodnego:

1) pierwsza doba: 50 do 80 j.m./kg m. c., co 12 godzin;
2) od drugiej do piątej doby: 40 do 60 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
3) szósta doba jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.;
4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.

3.3. Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego, czynnika IX rekombinowanego o przedłużonym działaniu:

1) pierwsza doba: 40 do 120 j.m./kg m. c., co 12 godzin;
2) od drugiej do piątej doby: 30 do 80 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
3) szósta doba jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.;
4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.

3.4. Dawkowanie rekombinowanego czynnika krzepnięcia IX połączonego z rekombinowaną albuminą w leczeniu okołozabiegowym:

1) pierwsza dawka czynnika IX, 50-100 j.m. / kg mc. przed zabiegiem;
2) powtarzać przez pierwszy tydzień co 24-72 godz. w dawce 50-100 j/kg mc.;

powinny być wykonywane zgodnie z powyższym opisem.

W przypadku wykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane co miesiąc (możliwa jest zmiana częstotliwości oznaczania inhibitora na podstawie decyzji lekarza regionalnego centrum leczenia hemofilii).

3. Monitorowanie programu

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

antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy) zakwalifikowani na podstawie decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B; 2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r. **4. Kryteria wyłączenia** Stwierdzenie obecności inhibitora (krążącego antykoagulantu o mianie powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy). **5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu** (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta – uprzednio zakwalifikowanego – w przedmiotowym programie musi zostać zakończony): 1) stwierdzenie obecności nowo powstałego inhibitora (powyżej 5 B.U.) lub utrzymywanie się inhibitora w mianie niższym lub równym 5 B.U. przez ponad 6 miesięcy; 2) ukończenie: a) 2 roku życia dla pacjentów określonych w pkt 1.4 ppkt 1 oraz w pkt.2.3 ppkt 1; b) 18 roku życia dla pozostałych pacjentów. **6. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do momentu ukończenia 18. roku życia lub do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o	3) trzecia dawka w dniu zdjęcia szwów, 50 - 80 j.m./ kg mc. (10 -14 doba). Dawkowanie koncentratów czynnika krzepnięcia u pacjentów, u których stwierdzono utrzymywanie się inhibitora w mianie poniżej 5 B.U. oraz nieskuteczność leczenia w dotychczasowej dawce, może zostać ustalone indywidualnie przez Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B.	

wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W przypadku braku skuteczności leczenia emicizumabem, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwskazań do stosowania emicizumabu, Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego.		

Załącznik B.17.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - według definicji WHO (World Health Organization na podstawie klasyfikacji IUIS: Frontiers in Immunology, 2011; 2: 54); 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6) jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej. Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości	**1. Dawkowanie** **1.1** Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,6-0,8 g/kg m.c. we wlewie iv. w celu znormalizowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin). **1.2** Kontynuacja leczenia wlewami w dawce do 0,6 g/kg m. c. w odstępach 3 do 5 tygodni. Modyfikacja dawki odpowiednio do udokumentowanego, osiągniętego ochronnego poziomu IgG w surowicy i stanu klinicznego pacjenta. Ewentualne dodatkowe przetoczenia przy ciężkich infekcjach. W szczególnych przypadkach dawkę można zwiększyć do 0,8 g/kg m.c.). W przypadku postaci farmaceutycznej do podań podskórnych preparat powinien umożliwić osiągnięcie stałego poziomu IgG. Świadczeniobiorca może wymagać podania dawki nasycającej co najmniej 0,2 do 0,5 g/kg m.c. w okresie tygodnia (0,1 do 0,15 g/kg masy ciała w okresie jednego dnia). Po osiągnięciu stałego poziomu skumulowanej dawki miesięcznej rzędu 0,3 do 1,0 g/kg m.c. należy oznaczyć stężenia minimalne w celu dostosowania dawek i odstępu pomiędzy dawkami. Dawkowanie preparatów gammaglobulin do podawania podskórnego: Podskórne preparaty gammaglobulin wydawane są do domu przez placówki realizujące program lekowy. Świadczeniobiorca samodzielnie lub z pomocą podaje je przez pompę infuzyjną nie częściej niż 1 raz w tygodniu. Zależnie od stanu pacjenta i poziomu IgG w surowicy system podawania może być modyfikowany w ten sposób, że podanie leku	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczanie subpopulacji limfocytów; 5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał; 6) proteinogram; 7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów; 8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych; 9) badanie składowych dopełniacza; 10) test stymulacji limfocytów. W przypadku preparatów gammaglobulin do podawania dożylnego lub podskórnego: badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV) - przed włączeniem leczenia. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej podczas kwalifikacji do programu. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1** Immunoglobuliny dożylne Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania:

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

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

Załącznik B.18.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) przedwczesne dojrzewanie płciowe typu ośrodkowego u dzieci (objawy dojrzewania płciowego u dziewcząt poniżej 8 roku życia, u chłopców poniżej 10 roku życia) ustalone na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych oraz badania klinicznego; 2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego; 2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat; 3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok).	**1. Dawkowanie triptoreliny** U dzieci o masie ciała mniejszej niż 20 kg zazwyczaj podaje się domięśniowo połowę zawartości ampułki 3,75 mg co 28 dni. U dzieci o masie ciała przekraczającej 20 kg zazwyczaj podaje się zawartość 1 ampułki 3,75 mg co 28 dni.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG); 2) stężenie estradiolu; 3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu; 4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu; 5) stężenie testosteronu; 6) test stymulacji wydzielania LH i FSH; 7) stężenie luteotropiny; 8) stężenie folikulotropiny; 9) stężenie prolaktyny; 10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródręcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego; 12) USG miednicy małej i nadnerczy; 13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego; 14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka; 15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla.

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

Załącznik B.19.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku stanów zagrożenia życia w następstwie trudnych do opanowania, nawracających stanów hipoglikemii u noworodków lub niemowląt, świadczeniobiorca kwalifikowany jest do terapii niezwłocznie po jego zgłoszeniu. W programie lekowym finansuje się leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niewydolnością przysadki substancjami: 1. *Somatotropinum;* 2. *Somatrogon*. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) nawracające stany hipoglikemii w okresie niemowlęcym i/lub poniemowlęcym (po wykluczeniu częstych przyczyn hipoglikemii oraz wykluczeniu hiperinsulinizmu wrodzonego i pierwotnego niedoboru glikokortykosteroidów), szczególnie u dzieci ze współistniejącymi wadami linii pośrodkowej ciała, przede wszystkim w obrębie twarzo-czaszki; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich (nie dotyczy dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki (WNP) oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu (SNP) oraz dzieci,	**1. Dawkowanie** 1) Somatotropina podawana codziennie, wieczorem, w dawce: 0,1–0,33 mg (0,3–1,0 IU)/kg m.c./tydzień.1 2) Somatrogon podawany 1 x tydzień w iniekcjach podskórnych, zalecana dawka: 0,66 mg/kg; Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualnymi ChPL odpowiednich leku.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) u niemowląt i dzieci w okresie poniemowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, b) USG przezciemiączkowe lub obrazowanie OUN za pomocą MRI lub TK z kontrastem, c) co najmniej 5 – krotny pomiar stężenia hormonu wzrostu, optymalnie we śnie (stężenia GH ≥10 ng/ml nie stanowią przy tym podstawy do odstąpienia od terapii hormonem wzrostu), d) stężenie IGF-I i IGFBP3, (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków), e) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, f) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 3) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera; 4) stężenia hormonu wzrostu w dwóch niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu;

u których terapię rozpoczęto w okresie niemowlęcym lub poniemowlęcym i dzieci po terapii chorób rozrostowych); 3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości lub wyrównanie tych chorób (np. niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, itp.); 5) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu, a w przypadku dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu jednego testu, (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia, a test insulinowy po ukończeniu 5 roku życia); 6) wiek 3 lata i powyżej w przypadku terapii Somatrogonem; Do programu mogą być także włączone dzieci leczone hormonem wzrostu z innych źródeł, które przy przyjęciu terapii spełniały kryteria kwalifikacji do programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) złuszczenie głowy kości udowej; 2) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 3) niezadowalający efekt leczenia hormonem wzrostu, tj. przyrost wysokości ciała poniżej 2 cm/rok;		5) stężenie IGF-1 i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków; (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków); 6) RTG śródręcza i nadgarstka ręki niedominującej, z bliższą przynasadą kości przedramienia; 7) MRI lub TK z kontrastem OUN, ze szczególnym uwzględnieniem okolicy podwzgórzowo-przysadkowej; 8) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na+ i Ca++ całkowitego i zjonizowanego); 9) morfologia krwi, z rozmazem; 10) ocena przemian węglowodanowych: stężenie glukozy na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą (OGTT), z oceną glikemii i insulinemii; 11) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu; 12) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT; 13) ocena czynności tarczycy: TSH, fT4, fT3; 14) stężenie kortyzolu w godzinach rannych i wieczornych; 15) stężenie 25OH wit. D; 16) p/ciała przeciw transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w klasie IGA; 17) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka; 18) test stymulacji wydzielania gonadotropin (w uzasadnionych przypadkach); 19) konsultacja hematoonkologa dziecięcego — dotyczy dzieci po terapii chorób rozrostowych; 20) konsultacja neurologa dziecięcego i neurochirurgiczna w przypadku uprzednich zabiegów neurochirurgicznych, przede

4) osiągnięcie wieku kostnego: a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 16 lat przez chłopca. 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego lub Zespołu koordynacyjnego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów; 8) o wyłączeniu z programu lekowego z powodu braku skuteczności proponowanej terapii, objawów niepożądanych lub powikłań, lekarz prowadzący każdorazowo informuje Zespół Koordynacyjny, na podstawie dokonywanych co 6 miesięcy (±7 dni) wpisów do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych dostępnego za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej terapii, uwzględniając przede wszystkim: a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała w przypadku niemowląt; b) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI u pozostałych dzieci; c) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków); **4. Kryteria czasowego wyłączenia z programu**		wszystkim z powodu uprzednich procesów rozrostowych w obrębie OUN; 21) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb, np. etiologii SNP/WNP. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Po 90 dniach od rozpoczęcia terapii:** 1) niemowlęta i dzieci w okresie poniemowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: a) ocena czy ustąpiły stany hipoglikemii, b) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, c) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków) (w przypadku stosowania hormonu wzrostu o przedłużonym działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki), d) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, odsetek glikowanej hemoglobiny (HbA1c), e) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 3) pomiar stężenia IGF-1 i stężenia IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków) (w przypadku stosowania hormonu wzrostu o przedłużonym

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

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

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

Załącznik B.20.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Świadczeniobiorców do programu kwalifikuje, według standardów diagnozowania pacjentów z ciężkim pierwotnym niedoborem insulinopodobnego czynnika wzrostu-1, Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku; 3) prawidłowe stężenie GH (w teście krótkiego nocnego wyrzutu tego hormonu - co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu, w uzasadnionych przypadkach poszerzone o wykonanie dwóch testów stymulacji sekrecji tego hormonu); 4) wykluczenie innych, aniżeli ciężki pierwotny niedobór IGF-1, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, choroby wątroby, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn; 6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu	**1. Dawkowanie** Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia $IGFBP_3$; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}; 6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia fT_4; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+); 8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia $IGFBP_3$; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii

wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1

1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii;
2) złuszczenia głowy kości udowej;
3) pseudo-tumor cerebri;
4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;
5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;
6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok;
7) osiągnięcie wieku kostnego:
   a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,
   b) powyżej 16 lat przez chłopca.

lub
5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c.}$

2.2 Co 90 dni

1) pomiar stężenia IGF-1;
2) pomiar stężenia IGFBP3;
3) pomiar stężenia glukozy we krwi.

2.3 Co 180 dni

1) pomiar stężenia TSH;
2) pomiar stężenia fT4;
3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+);
4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1c. lub co 365 dni
5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii

2.5 Co 365 dni

1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;
2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;
3) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);
4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co

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

Załącznik B.21.

LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Leczenie następujących niedoborów enzymatycznych: beta-syntazy cystationiny (CBS), reduktazy 5,10-metylenotetrahydrofolianu (MTHFR) oraz niektórych zaburzeń metabolizmu kofaktora kobalaminy (cbl C,D,E,F,G): 1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. > 50 µmol/l, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub > 40 µmol/l, po wykluczeniu niedoboru witaminy B_{12} i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B_{12} lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów; 2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B_6 (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u	**1. Dawkowanie** 1.1 Zalecana dawka dobowa betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g. Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g. W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę. 1.2 U dzieci w wieku poniżej 10 lat zwykle skuteczne jest dawkowanie 100 mg/kg mc/dobę w 2 dawkach podzielonych; zwiększenie dawkowania ponad 2 razy na dobę lub zwiększenie wielkości dawki ponad 150 mg/kg mc/dobę nie jest zalecane, bo nie zwiększa skuteczności leczenia.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12} i kwasu foliowego we krwi; 5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego; 6) profil acylokarnityn metodą MS/MS; 7) MRI OUN; 8) konsultacja neurologiczna; 9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia); 11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przebył lansektomii). **2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12}, kwasu foliowego, witaminy $250HD_3$ we krwi; 5) poziom Ca, PO_4^{3-}, fosfatazy alkalicznej we krwi; 6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);

dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy B_6; 3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia:** 1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę; 2) pozytywny wynik testu z witaminą B6 - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB6-zależnej odpowiadają bowiem na leczenie pirydoksyną w stopniu zadowalającym i nie wymagają dodatkowej podaży betainy; 3) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych leku, w tym wystąpienia obrzęku mózgu związanego z wysokim poziomem metioniny we krwi > 1000 µmol/l u pacjentów z homocystynurią klasyczną (deficyt CBS); 4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 5) ciąża lub karmienie piersią.		8) konsultacja neurologiczna; 9) konsultacja dietetyczna. W przypadku napadowych objawów neurologicznych konieczne są aktualne badania MRI OUN lub EEG (zależnie od objawów). Okresowej skuteczności terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.22.

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

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

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Zamiana enzymatycznej terapii zastępczej** Dopuszcza się zamianę enzymatycznej terapii zastępczej w przypadku: 1) wystąpienia objawów niepożądanych zagrażających życiu i niemożliwości prowadzenia dalszej terapii albo 2) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię i Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, po ocenie parametrów układu oddechowego, czynności mięśni lub parametrów kardiologicznych zmiana taka może przynieść korzyść terapeutyczną dla pacjenta – na tej podstawie możliwa jest jednorazowa zamiana leczenia, z możliwością powrotu do leczenia pierwotnego. - przy czym taka zamiana nie zmienia linii leczenia. Znaczna progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Do programu włączane są pacjentki, bez konieczności ponownej kwalifikacji po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia		15) konsultacja neurologiczna; 16) konsultacja kardiologiczna. **1.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) badanie aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry- potwierdzone badaniem molekularnym; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT); 4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP; 5) stężenie CK, CK-MB; 6) gazometria; 7) USG jamy brzusznej; 8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy); 9) pomiary antropometryczne masy i wysokości ciała; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) EKG; 12) USG serca; 13) RTG klatki piersiowej; 14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej); 15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) badanie okulistyczne; 19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa); 20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);

umożliwiającego leczenie w programie, które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą albo laktacją i które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **4. Kryteria wyłączenia** 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia – weryfikację skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 2) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia, szczególnie wymagająca użycia respiratora zastępującego oddech pacjenta przez 24h/dobę przy braku stabilizacji lub poprawy w okresie 3 miesięcy; 3) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		21) konsultacja kardiologiczna; 22) konsultacja psychologiczna; 23) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 24) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel. **2. Monitorowanie leczenia** Okresowej oceny skuteczności terapii oraz stanu pacjenta dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Pompego. Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii). **2.1. Co 180 dni:** **2.1.1. Postać klasyczna choroby** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie CK, CK-MB; 4) gazometria; 5) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT); 6) pomiary antropometryczne masy i długości/wysokości ciała; 7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 8) EKG; 9) USG serca; 10) USG jamy brzusznej; 11) RTG klatki piersiowej; 12) konsultacja neurologiczna; 13) konsultacja kardiologiczna;

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

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

Załącznik B.23

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Leczenie choroby Gauchera typu I imiglucerazą albo welaglucerazą alfa albo eliglustatem oraz choroby Gauchera typu III imiglucerazą** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) Brak lub znaczny niedobór aktywności β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym; 2) Pacjenci w wieku ≥18 lat z typem I choroby Gauchera ze słabym (PM), średnim (IM) lub szybkim (EM) metabolizmem z udziałem izoenzymu CYP2D6 - dotyczy terapii eliglustatem; 3) Refundowane jest leczenie świadczeniobiorców z typem I choroby w przypadku terapii imiglucerazą albo welaglucerazą alfa albo eliglustatem oraz z typem III choroby w przypadku terapii imiglucerazą; 4) Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gauchera; Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub chorzy	**1. Imigluceraza** Dawka imiglucerazy zależy od ciężkości objawów i wynosi 15-60 U/kg m.c. podawanych co 14 ±3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych. W przypadku braku efektywności zastosowanej dawki po 6 mies. terapii dawkę imiglucerazy można zwiększyć do maksymalnej dawki, t.j. do 60 U/kg m.c. podawanych co 14 ±3 dni. **2. Welaglucerazą alfa** Zalecana dawka leku wynosi 60 jednostek/kg i jest podawana co 14 ± 3 dni. Dawka leku może być zmodyfikowana od 15 do 60 jednostek/kg podawane co 14 ± 3 dni indywidualnie dla każdego pacjenta. Maksymalna dawka leku wynosi 60 jednostek/kg podawana co 14 ± 3 dni. **3. Eliglustat** U pacjentów ze średnim (IM) i szybkim metabolizmem (EM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg dwa razy na dobę. U pacjentów ze słabym metabolizmem (PM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg raz na dobę. W przypadku pominięcia dawki, należy przyjąć	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych); 2) Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłączenie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem); 3) Morfologia krwi pełna z rozmazem; 4) Układ krzepnięcia: APTT, INR; 5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, bilirubina; 6) Aktywność fosfatazy alkalicznej; 7) Stężenia witaminy D, B12, E; 8) Stężenie cholesterolu; 9) Chitotriozydaza; 10) USG jamy brzusznej, z określeniem wielkości wątroby i śledziony; 11) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała); 12) Badanie densytometryczne kości (DEXA); 13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych); 14) EKG, w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc);

wyłączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

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

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

1.3. Kryteria wyłączenia

1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na imiglucerazę albo welaglucerazę alfa albo eliglustat;
2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;
3) Ciąża albo laktacja - dotyczy terapii eliglustatem;
4) Pacjenci z typem II choroby. Ponadto w przypadku terapii welaglucerazą alfa albo eliglustatem pacjenci z III typem choroby;
5) Dzieci poniżej 2 roku życia (dotyczy terapii welaglucerazą alfa);
6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu;
7) Stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego typami metabolizmu lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem.

2. Kryteria zmiany leczenia imiglucerazy na welaglucerazę alfa oraz welaglucerazy alfa na imiglucerazę

Świadczeniobiorcy aktualnie leczeni w związku z chorobą Gauchera typu I za pomocą enzymatycznej terapii zastępczej z zastosowaniem imiglucerazy albo welaglucerazy alfa mogą przejść na terapię imiglucerazą albo welaglucerazą alfa stosując taką samą dawkę i taką samą częstość dawkowania.

przepisaną dawkę w porze przewidzianej na kolejną dawkę (nie należy podwajać kolejnej dawki). Kapsułki można przyjmować niezależnie od posiłku. Należy unikać spożywania grejpfrutów lub soku z grejpfrutów.

W przypadku zmiany leczenia z enzymatycznej terapii zastępczej (ETZ) podanie pierwszej dawki eliglustatu powinno nastąpić dzień po podaniu ostatniego wlewu dożylnego ETZ.

W przypadku zmiany z eliglustatu na ETZ podanie pierwszego wlewu dożylnego powinno nastąpić niezwłocznie, nie później niż 7 dni po podaniu ostatniej dawki eliglustatu.

15) USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach);
16) RTG płuc;
17) Konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby);
18) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);
19) EEG (w uzasadnionych przypadkach);
20) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);
21) Spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia);
22) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała);
23) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody)

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Co 180 dni:

1) Morfologia krwi pełna z rozmazem;
2) Układ krzepnięcia: APTT, INR;
3) Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich);

Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z chorobą Gauchera.

2.2. Co 365 dni:

1) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony;
2) EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem);
3) RTG płuc;
4) USG układu sercowo-naczyniowego (w przypadku

3. Kryteria zmiany leczenia enzymatyczną terapią zastępczą (ETZ) na eliglustat 1) Nadwrażliwość na ETZ; 2) Inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ). **4. Kryteria zmiany leczenia eliglustatem na enzymatyczną terapię zastępczą.** W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych zdarzeń. 1) Nadwrażliwość na eliglustat; 2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 3) Ciąża; 4) Laktacja; 5) Okresowe stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w charakterystyce produktu leczniczego. Typami metabolizmu i/lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem.		nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym); 5) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania); 6) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich; 7) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach); 8) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 9) Konsultacja neurologiczna, EEG, MRI ośrodkowego układu nerwowego (w uzasadnionych przypadkach); 10) Spirometria (w uzasadnionych przypadkach); 11) Chitotriozydaza; 12) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.24.

LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża lub laktacja;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym. Początkowa prędkość infuzji wynosi 2 j./kg m.c./h. Prędkość infuzji można stopniowo zwiększać, co 15 minut, przy dobrej tolerancji leku, aż do maksymalnej prędkości 43 j./kg m.c./h Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem; 3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obligatoryjnym); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) stężenie fosfatazy alkalicznej; 7) stężenie witamin E i D; 8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa; 11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 14) EKG; 15) USG układu sercowo-naczyniowego; 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów; 19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka; 20) konsultacja neurologiczna; 21) konsultacja kardiologiczna;

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę; 3) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 4) stan po HSCT po uzyskaniu zadowalającego poziomu enzymu we krwi obwodowej (zadowalającego chimeryzmu); 5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) test 3/6 minutowego marszu; 23) pomiary antropometryczne; 24) badanie spirometryczne układu oddechowego; 25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Raz na 180 dni** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie fosfatazy alkalicznej; 4) test 3/6 minutowego marszu. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hurler. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **2.2 Co 365 dni** 1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni); 2) stężenie witaminy E i D; 3) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 4) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych); 5) pomiary antropometryczne; 6) EKG; 7) USG serca; 8) konsultacja kardiologiczna; 9) konsultacja laryngologiczna;

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

Załącznik B.25.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry; b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża lub laktacja; 2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego	**1. Dawkowanie** Sulfataza iduronianu podawana jest w dawce 0,5 mg/kg masy ciała, co tydzień, w postaci dożylnego wlewu, trwającego ok. 3 godzin, który może być stopniowo skracany do 1 godziny, jeśli nie występują reakcje niepożądane związane z jego podaniem.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) układ krzepnięcia; 3) proteinogram; 4) gazometria; 5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina; 6) cholesterol; 7) witamina D i K; 8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem; 9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 10) parametry życiowe; 11) pomiary antropometryczne; 12) EEG; 13) EKG; 14) echokardiografia; 15) RTG klatki piersiowej; 16) USG jamy brzusznej; 17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa; 18) RTG kręgosłupa; 19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG); 20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria); 21) badanie audiometryczne; 22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów

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

		niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hunter. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **2.2 Co 365 dni** 1) cholesterol; 2) witaminy D i K; 3) RTG klatki piersiowej; 4) RTG kręgosłupa; 5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza); 6) badanie audiometryczne; 7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka; 8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.27.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1a. Kryteria kwalifikacji do leczenia tobramycyną a) wiek od 6 lat b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez Pseudomonas aeruginosa, c) oporność na kolistynę lub udokumentowana nietolerancja kolistyny (nietolerancję kolistyny można wykazać poprzez spadek FEV1 lub FVC po rozpoczęciu leczenia kolistyną podawaną wziewnie lub dodatni wynik testu degranulacji bazofilów z kolistyną) Kryteria kwalifikacji leczenia tobramycyną muszą być spełnione łącznie. **1b. Kryteria do kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną** a) wiek od 18 lat b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez Pseudomonas aeruginosa, c) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu kolistyny wziewnej d) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu tobramycyny wziewnej	**1a. Dawkowanie tobramycyny** Dawka tobramycyny dla dorosłego i dzieci w wieku od 6 lat to zawartość jednego pojemnika (300 mg) dwa razy na dobę (rano i wieczorem) przez 28 dni. Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin. Po 28 dniach leczenia tobramycyną, preparat należy odstawić na okres następnych 28 dni. Należy przestrzegać 28-dniowych naprzemiennych cykli aktywnego leczenia z 28-dniową przerwą w leczeniu (28 dni leczenia na przemian z 28-dniowymi przerwami w podawaniu leku). **1b. Dawkowanie lewofloksacyny** Dawkowanie lewofloksacyny odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Zalecana dawka lewofloksacyny to 240 mg (jedna ampułka), podawana drogą wziewną dwa razy na dobę, możliwe dokładnie co 12 godzin. Lek przyjmuje się w naprzemiennych cyklach, w których po 28 dniach podawania leku następuje 28 dni przerwy w jego podawaniu.	**1a. Badania przy kwalifikacji do leczenia tobramycyną** 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie); 4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność P. aeruginosa na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę; 5) RTG klatki piersiowej; 6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku; 7) audiometria. **1b. Badania przy kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną** 1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 2) badanie mikrobiologiczne potwierdzające zakażenie dróg oddechowych Pseudomonas aeruginosa; 3) EKG; 4) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi. **2a. Monitorowanie leczenia tobramycyną**

Kryteria do kwalifikacji leczenia lewofloksacyną muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny albo lewofloksacyny do schematu leczenia. **3. Kryteria wyłączenia** a) nadwrażliwość na tobramycynę albo lewofloksacynę, inny aminoglikozyd, inne chinolony (dotyczy lewofloksacyny), czy substancję pomocniczą; b) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne) – dotyczy tobramycyny; c) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl); d) krwioplucie nie mniejsze niż 60 cm^3 na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny albo 28 dni przed pierwszym podaniem lewofloksacyny; e) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej; f) choroby ścięgien związane z podawaniem fluorochinolonów w wywiadzie – dotyczy lewofloksacyny; g) choroby tkanki łącznej – dotyczy lewofloksacyny; h) padaczka lub zaburzenia wymagające podawania leków przeciwdrgawkowych – dotyczy lewofloksacyny;		**2.1** Badania przeprowadzane od 8 tygodnia leczenia i powtarzane co 8 tygodni: 1) badanie mikrobiologiczne; 2) badanie spirometryczne. **2.2** Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia: 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) badanie mikrobiologiczne; 4) badanie spirometryczne; 5) badanie słuchu – audiometria. **2b. Monitorowanie leczenia lewofloksacyną** **2.1.** Wizyty kontrolne co 4 miesiące (co 2 cykle terapii). **2.2.** Badania przeprowadzane raz w roku lub częściej w przypadku wskazań klinicznych (+/- 8 tygodni; jeśli badania były wykonywane wcześniej, np. podczas hospitalizacji czy wizyty kontrolnej nie ma potrzeby ich powtarzania): 1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 2) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi; 3) badanie spirometryczne; 4) EKG. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej

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

Załącznik B.28.

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

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

3) Brak objawów uogólnionego zakażenia; 4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania; 5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, jednakże maksymalnie 4 razy w okresie roku. **3. Kryteria wyłączenia** 1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku; 2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 3) Powstanie oporności na lek; 4) Stwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego; 5) Objawy uogólnionego zakażenia; 6) Zapalenie okolicy miejsca podania; 7) Ciąża; 8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy).	b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko; d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.; e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.. **1.3. Botulinum A toxin a l00 j. (Xeomin)** a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.; b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.; d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku.	1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.29.

LECZENIE CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE (ICD-10: G35)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie stwardnienia rozsianego substancjami: 1) **postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w I linii leczenia**: interferon beta-1a, interferon beta-1b, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, teryflunomid, ozanimod, ponesimod, ofatumumab, okrelizumab kladrybina; 2) **postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w II linii leczenia**: okrelizumab, fingolimod, natalizumab i.v., natalizumab s.c., alemtuzumab, kladrybina; 3) **szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby (RES RRMS)**: fingolimod, natalizumab i.v., natalizumab s.c., alemtuzumab, kladrybina; 4) **postać pierwotnie postępująca (PPMS)**: okrelizumab; 5) **postać wtórnie postępująca (SPMS)**: interferon beta-1b, siponimod. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia interferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a, teryflunomidem, ozanimodem, ponesimodem, ofatumumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,4,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.	**1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu interferonem beta-1a, interferonem beta-1b, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem, okrelizumebem, ozanimodem ponesimodem, ofatumumabem fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., alemtuzumabem, kladrybiną lub siponimodem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania biochemiczne w tym oceniające: a) funkcje nerek, b) funkcje wątroby, c) funkcje tarczycy; 2) badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu wraz z mikroskopową oceną osadu; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) dla postaci rzutowo-remisyjnej oraz wtórnie postępującej rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.); 5) dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu): rezonans magnetyczny głowy i maksymalnie 2 odcinków rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12

Do leczenia fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,5,9,10 albo 1,6,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11. Do leczenia natalizumabem s.c. kwalifikowani są dorośli pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach 1, 5, 9, 10, 12 albo 1, 6, 9, 10, 12 albo pacjenci spełniający kryterium 11. 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. 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. 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. Do leczenia siponimodem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,8,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11. 1) rozpoznanie stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 2) w przypadku rozpoznania postaci rzutowo - remisyjnej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 3) w przypadku rozpoznania postaci rzutowo - remisyjnej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 2 rzutów klinicznych niezależnie od zmian MRI w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 4) stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie;		miesięcy od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku); 6) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 7) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 8) badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu; 9) częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy teryflunomidu, alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu; 10) konsultacja kardiologiczna u pacjentów otrzymujących leki mogące zwalniać akcję serca (betablokery, werapamil, digoksyna, leki cholinolityczne, pilokarpina itp.) oraz u pacjentów z wywiadem w kierunku zaburzeń rytmu i przewodzenia, niewydolności serca, omdleń kardiogennych, lub innej znaczącej choroby serca - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 11) konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 12) oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV). W razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia - dotyczy fingolimodu lub kladrybiny, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 13) konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu i siponimodu; 14) wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu iv. lub natalizumabu s.c. 15) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu, lub kladrybiny;

5) pacjenci, u których stwierdzono nieskuteczność leczenia interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub octanem glatirameru lub fumaranem dimetylu lub peginterferonem beta-1a lub teryflunomidem lub ozanimodem lub ponesimodem lub ofatumumabem lub okrelizumabem w ramach I linii leczenia lub kladrybiną w ramach I linii leczenia definiowaną jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2; 6) szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry (pkt a oraz pkt b): a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność, b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego: – co najmniej jedna nowa zmiana GD (+) lub – co najmniej dwie nowe zmiany w sekwencji T2; 7) rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia tj. spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c): a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5; b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego: – mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji ≤ 5,0 lub – mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji >5,0, c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do		16) badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych - dotyczy okrelizumabu i ofatumumabu; 17) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu; 18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu; 19) standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu; 20) w przypadku kwalifikacji do terapii siponimodem: a) określenie polimorfizmu genu CYP2C9, b) u kobiet w wieku rozrodczym - test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia siponimodem; Jeżeli jest konieczne to pacjenci włączeni do leczenia powinni zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem" i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej. **2. Inicjacja leczenia** W zależności od decyzji lekarza inicjacja terapii okrelizumabem, ozanimodem, ponesimodem, fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., alemtuzumabem, kladrybiną, siponimodem może być prowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie leczenia** 1) badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 - 6 miesięcy (zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego);

poprzedniego wykonanego badania MRI.): – przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd lub – przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2; 8) rozpoznanie aktywnej postaci wtórnie postępującego stwardnienia rozsianego definiowanej jako aktywność kliniczna lub radiologiczna w ciągu ostatnich 24 miesięcy oraz a) EDSS od 3,0 do 6,5 punktów, b) udokumentowana progresja EDSS niezwiązana z rzutem wynosząca co najmniej 1 punkt w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS < 6.0 lub co najmniej 0,5 punktu w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS ≥ 6.0 odnotowaną w ciągu ostatnich 24 miesięcy; 9) wiek pacjenta: a) brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta lub octanem glatirameru, b) od 10 roku życia dla terapii teryflunomidem lub fingolimodem, c) wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a, natalizumabem i.v., d) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii alemtuzumabem, okrelizumabem, ozanimodem, ofatumumabem, ponesimodem, kladrybiną, siponimodem, natalizumabem s.c. 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		2) postać rzutowo remisyjna - rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego); (dopuszcza się odstąpienie od wykonania badania w przypadku pacjentek będących w ciąży); 3) postać pierwotnie postępująca oraz postać wtórnie postępująca - rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia wg decyzji lekarza prowadzącego; 4) w trakcie leczenia należy wykonywać badania laboratoryjne zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych; 5) monitorowanie leczenia **siponimodem**: a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) konsultacja okulistyczna 3 -4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie nie rzadziej niż raz w roku, c) konsultacja okulistyczna w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia siponimodem, d) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące, e) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, f) konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia, 6) monitorowanie leczenia **fingolimodem**: a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu

bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie; 10) brak przeciwwskazań do leczenia wskazanych w Charakterystykach Produktów Leczniczych: – stosowanie antykoncepcji, leczenie w okresie ciąży i karmienia piersią zgodne z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Stosowanie leczenia w ciąży jest możliwe po przekazaniu pacjentce pisemnej informacji dotyczącej aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku u kobiet w ciąży oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na stosowanie leku; 11) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii: a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia, b) pacjentów uprzednio leczonych danym lekiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu, c) pacjentów uprzednio leczonych przez okres min. 12 miesięcy lekiem modyfikującym przebieg choroby w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji (nie jest wymagane wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie ostatnich 12 miesięcy) oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.		leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące, c) badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, d) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, e) konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku. Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem, f) konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia, g) rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego. 7) monitorowanie leczenia **natalizumabem i.v.** lub **natalizumabem s.c.**: a) badanie morfologii krwi i poziomu transaminaz wątrobowych w 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, c) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, d) w przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN (neuronopatia komórek ziarniczych) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu,

12) nietolerancja leczenia natalizumabem i.v. (w postaci dożylnej) z powodu zapalenia żył po wlewach dożylnych lub z powodu trudnego dostępu do żył. **2. Zamiana leków** Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych. 1) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków interferon beta-1a, interferon beta-1b, octan glatirameru, fumaran dimetylu, peginterferon beta-1a, teryflunomid, ozanimod, ponesimod, ofatumumab, okrelizumab na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych albo b) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI albo c) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu) albo d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta; 2) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leku na kladrybinę w przypadku: a) wystąpienia 2 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI 3) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM		e) powtarzanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV z określeniem miana poziomu przeciwciał, u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anty-JCV co 6 miesięcy, f) u pacjentów zgłaszających objawy takie jak: zmniejszona ostrość widzenia, zaczerwienienie i ból oka należy skierować na badanie siatkówki w kierunku ARN (ostra martwica siatkówki). W przypadku klinicznego potwierdzenia ARN należy rozważyć zakończenie leczenia natalizumabem i.v. lub natalizumabem s.c. g) u pacjentów z wyższym ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą: – pacjenci z wszystkimi trzema czynnikami ryzyka PML (tj. z obecnością przeciwciał anty-JCV oraz stosujący leczenie natalizumabem od ponad 2 lat oraz wcześniej stosujący leki immunosupresyjne) lub – pacjenci z wysokim wskaźnikiem przeciwciał anty-JCV, leczeni natalizumbem od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku ≤0,9 i znacząco wzrasta dla wartości powyżej 1,5 u pacjentów leczonych natalizumabem przez dłużej niż 2 lata. 8) monitorowanie leczenia **alemtuzumabem**: a) morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy, aktywność aminotransferaz i badanie moczu z mikroskopową oceną osadu, co miesiąc (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych), b) stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące (rozszerzenie

(RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leku z kladrybiny na inny lek z I linii leczenia w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych albo b) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI albo c) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu) albo d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta; 4) w ramach II linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków okrelizumab, fingolimod, natalizumab i.v., alemtuzumab, kladrybina na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 5) w ramach leczenia szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zamiany leków fingolimod, natalizumab i.v., alemtuzumab, kladrybina na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w		diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych), c) u pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV, d) badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem, e) przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciążowy oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wiremii HBV i HCV oraz RTG klatki piersiowej. 9) monitorowanie leczenia **okrelizumabem**: a) badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku, b) badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku, c) badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku, d) badanie HBsAg - przed każdym podaniem leku; 10) monitorowanie leczenia **kladrybiną**: a) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów przed rozpoczęciem stosowania leku - 2 miesiące i 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia w każdym roku leczenia. Jeśli liczba limfocytów zmniejszy się do wartości poniżej 500 komórek/mm3, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/mm3, b) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku, c) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku, d) badanie funkcji nerek i wątroby - przed kolejnym kursem leku,

pkt. 4; 6) u pacjentów leczonych natalizumabem i.v., którzy nie tolerują leczenia w formie dożylnej (zapalenia żył po wlewach dożylnych lub trudny dostęp do żył) dopuszcza się zmianę na natalizumab s.c. 7) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c. w ramach II linii leczenia dopuszcza się zmianę leczenia na okrelizumab lub fingolimod lub alemtuzumab lub kladrybinę w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 8) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c. w ramach szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zmianę leczenia na fingolimod lub alemtuzumab lub kladrybinę w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 9) w ramach leczenia wtórnie postępującej postaci SM (SPMS) dopuszcza się zamiany leków interferon beta-1b, siponimod na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku wzrostu EDSS o 1 punkt w czasie 12 miesięcy leczenia;		e) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym kursem leku, f) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku, g) wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia), h) MRI - zalecane raz na rok. Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

10) z powodu planowanej lub potwierdzonej ciąży oraz w okresie karmienia piersią możliwa jest czasowa zmiana terapii na interferon beta lub octan glatirameru z możliwością powrotu do wcześniej stosowanej terapii po zakończonej ciąży albo jej planowaniu albo karmieniu; 11) pacjentom leczonym fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., alemtuzumabem, umożliwia się deeskalację terapii na preparaty interferonu beta, peginterferonu beta-1a, octanu glatirameru, fumaranu dimetylu, teriflunomidu, ozanimodu ponesimodu, ofatumumabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. 12) pacjentom leczonym okrelizumabem w ramach II linii leczenia lub kladrybiną w ramach II linii leczenia lub w ramach szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) umożliwia się deeskalację terapii na preparaty interferonu beta, peginterferonu beta-1a, octanu glatirameru, fumaranu dimetylu, teriflunomidu, ozanimodu ponesimodu, ofatumumabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. 13) w przypadku leczenia okrelizumabem w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać fingolimod lub natalizumab i.v. lub alemtuzumab lub kladrybinę. 14) w przypadku leczenia kladrybiną w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać fingolimod lub natalizumab i.v. lub alemtuzumab lub okrelizumab. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;		

2) spełnienie kryteriów braku skuteczności leczenia zawartych w pkt 4 lub wyczerpanie dostępnych opcji terapeutycznych w ramach programu lekowego 3) w przypadku postaci rzutowo - remisyjnej: a) przejście w postać wtórnie postępującą przy czym możliwa jest kontynuacja leczenia w programie pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji do leczenia siponimodem lub interferonem beta 1b w ramach SPMS; b) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 7,0 (w trakcie remisji); 4) w przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML) postępować zgodnie z zaleceniami dotyczącymi określonego produktu leczniczego opisanymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **4. Określenie czasu leczenia w programie** Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużać o kolejne 12 miesięcy. Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby zależy od decyzji lekarza. Z uwagi na podwyższone ryzyko PML specjalista neurolog i pacjent powinni ponownie po 2 latach terapii indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem i.v. oraz natalizumabem s.c. Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby. Przy stosowaniu kladrybiny w tabletkach, pełna ocena skuteczności		

powinna być przeprowadzona po podaniu całkowitej dawki leku, czyli po dwóch cyklach leczenia. Jednak w przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu leczenia kladrybiną w tabletkach pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć wcześniejszą zmianę leczenia. Okres obserwacji dla kladrybiny w tabletkach w kolejnych latach trwa do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia. W przypadku postaci rzutowo - remisyjnej (RRMS) brak skuteczności leczenia lekami I linii leczenia (interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub octanem glatirameru, fumaranem dimetylu lub peginterferonem beta-1a lub teryflunomidem lub ozanimodem lub ponesimodem lub ofatumumabem lub okrelizumabem lub kladrybiną) uzasadniający zmianę leczenia na leki stosowane w II linii definiowany jest jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2. Za brak skuteczności leczenia lekami II linii leczenia (fingolimodem lub natalizumabem i.v. lub natalizumabem s.c. lub alemtuzumabem lub okrelizumabem (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej), lub kladrybiną) uzasadniający zmianę bądź zakończenie leczenia, przyjmuje się przejście w postać wtórnie postępującą SM albo wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów: 1) liczba i ciężkość rzutów: a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami lub b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia; 2) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej:		

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

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

Załącznik B.30.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria: 1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych. 2) wiek 2-17 lat. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 2) powstanie oporności na leczenie; 3) myastenia gravis; 4) objawy uogólnionego zakażenia; 5) zapalenie okolicy miejsca podania; 6) ciąża.	**1. Dawkowanie Dysportu** Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza. **2. Dawkowanie Botoxu** Maksymalna dawka całkowita leku na rok leczenia to 24 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie i sesje terapeutyczne zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.	**1. Badania przy kwalifikacji** Morfologia krwi z rozmazem. **2. Monitorowanie leczenia** EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.31.

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

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

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

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

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

6) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku. **c) treprostinil** 1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych; 2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca; 3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh; 4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia; 5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym; 6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej; 7) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy; 8) nieleczona niewydolność serca; 9) ciężkie zaburzenia rytmu serca; 10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP. **2. Epoprostenol** **2.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub	6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii. **7. Dawkowanie riocyguatu** 7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej** 8.1. Dawka seleksypagu: zgodnie z ChPL (dawka dobrana indywidualnie dla każdego pacjenta; może wynosić od 200 µg podawanych dwa razy na dobę do 1600 µg podawanych dwa razy na dobę. Zalecana dawka początkowa seleksypagu wynosi 200 µg dwa razy na dobę podawana w odstępie 12 h; zwiększanie dawki seleksypagu następuje w przyrostach o 200 µg dwa razy na dobę w odstępach tygodniowych). Opakowanie zawierajcie 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap miareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta. 8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL. 8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL. 8.4. Dawka macytentan zgodnie z ChPL.	W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **2.1. Badania nieinwazyjne** 1) ocena klasy czynnościowej; 2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania); 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań

3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym.

2.2. Kryteria wyłączenia

1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;
2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek;
3) laktacja;
4) inne przeciwwskazania określone w ChPL.

3. Riocyguat

3.1. Kryteria włączenia

1) II lub III klasa czynnościowa;
2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe.

3.2. Kryteria wyłączenia

1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;
2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh);
3) ciąża;
4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);
5) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia;
6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mm Hg.

II.B. TERAPIA SKOJARZONA

1. Macytentan z sildenafilem

9. Substancje czynne stosowane w leczeniu początkowym (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

10. Substancje czynne stosowane w leczeniu II rzutu (bosentan, macytentan z sildenafilem, iloprost, treprostinil, epoprostenol, riocyguat, riocyguat z bosentanem, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

B. Leczenie TNP u dzieci

1. Leczenie bosentanem

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę;
2) masa ciała od 20 do 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 31,25 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 62,5 mg dwa razy na dobę;
3) masa ciała większa niż 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 62,5 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 125 mg dwa razy na dobę.

podstawowych);

– wykonuje się co 3 - 6 miesięcy lub w terminie wcześniejszym w zależności od wskazań klinicznych, w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. Do podjęcia decyzji terapeutycznych mogą być użyte również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub pogorszenia stanu pacjenta. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych.

2.2. Badania inwazyjne

Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się:

1) przed włączeniem terapii II rzutu, z tym że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej;
2) jeżeli:
   a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami

   lub

1.1. Kryteria włączenia

1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej;
2) III klasa czynnościowa;
3) brak przeciwwskazań wymienionych w ChPL.

W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji sildenafilu, możliwa jest kontynuacja macytentanu w monoterapii.

1.2. Kryteria wyłączenia

a) sildenafil – określono w punkcie A I.2.2,

b) macytentan

1) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym;
2) ciąża;
3) karmienie piersią;
4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby;
5) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) > 3 razy niż wartość górnej granicy normy.

2. Riocyguat z bosentanem

2.1. Kryteria włączenia

1) III klasa czynnościowa;
2) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej.

2. Leczenie sildenafilem

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

1) masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie;
2) masa ciała > 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie.

3. Leczenie iloprostem, epoprostenolem lub treprostynilem

Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:

1) stanu pacjenta;
2) odpowiedzi na leczenie;
3) tolerancji leczenia.

Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.

4. Leki stosowane w terapii początkowej (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

5. Leki stosowane w terapii II rzutu (bosentan, iloprost, treprostinil, epoprostenol, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne;
3) co 12 - 36 miesięcy dla oceny dynamiki choroby.

W każdym przypadku lekarz prowadzący może zdecydować o odłożeniu lub zrezygnowaniu z cewnikowania prawego serca, biorąc pod uwagę całokształt przebiegu choroby, realne możliwości modyfikacji leczenia w oparciu o wyniki cewnikowania, a także oceniane indywidualnie ryzyko powikłań z nim związanych.

Wykonanie cewnikowania prawego serca nie jest wymagane u pacjentów w wieku poniżej 18 lat oraz u pacjentów z zespołem Eisenmengera ani w celu monitorowania ani w celu zmiany sposobu leczenia.

Skuteczność terapii ocenia się na podstawie przebiegu choroby, indywidualnych cech pacjenta oraz kryteriów prognostycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami.

Zmiana terapii w obrębie leczenia początkowego oraz zmiana terapii w ramach leczenia II rzutu nie wymaga cewnikowania prawego serca.

W przypadku nietolerancji leczenia II rzutu możliwy jest powrót do terapii początkowej bez dodatkowej kwalifikacji pacjenta.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;

2.2. Kryteria wyłączenia: 1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5; 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenie czynności wątroby, tj. klasa B lub C w klasyfikacji Child – Pugh; 3) aktywność AspAT lub AlAT, większa niż trzykrotna wartość górnej granicy normy przed rozpoczęciem leczenia lub większa niż ośmiokrotna wartość GGN w trakcie leczenia; 4) jednoczesne stosowanie cyklosporyny A; 5) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu; 6) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia; 7) ciąża; 8) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mmHg. Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu. **3. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:** **a) bosentan** **b) sildenafil** **c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.** **3.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy terapii skojarzonej z zastosowaniem epoprostenolu. Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny. Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **3.2. Kryteria wyłączenia** **a) bosentan** – określono w punkcie A I 1.2, **b) sildenafil** – określono w punkcie A I 2.2, **c) iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b, **d) treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c, **e) epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2. **4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem** **4.1. Kryteria włączenia** 1) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia; 2) brak innych przeciwwskazań wymienionych w ChPL.		

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **4.2. Kryteria wyłączenia** 1) **bosentan** - określono w punkcie A I 1.2, 2) **macytentan** - określono w punkcie II B 1.2.b, 3) **sildenafil** - określono w punkcie A. I.2.2, 4) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2. **5. Seleksypag z sildenafilem i bosentanem (lub macytentanem)** **5.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii skojarzonej; 2) III klasa czynnościowa pomimo dotychczasowego leczenia. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **5.2. Kryteria wyłączenia** 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w charakterystyce produktu leczniczego; 2) ciężkie zaburzeniami czynności wątroby (grupa C w skali Child-Pugha); 3) Ciężka choroba wieńcowa lub niestabilna dławica piersiowa; 4) Zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 5) Niewyrównana niewydolność krążenia, jeśli pacjent nie jest pod ścisłą obserwacją lekarza; 6) Ciężkie arytmie; 7) Zdarzenia mózgowo-naczyniowe (np. przemijający napad niedokrwienny, udar) w ciągu ostatnich 3 miesięcy;		

8) Wrodzone lub nabyte wady zastawkowe z klinicznie istotnymi zaburzeniami czynności serca nie związanymi z nadciśnieniem płucnym; 9) spełnione kryteria wyłączenia z terapii jednym z pozostałych dwóch stosowanych w terapii leków doustnych zgodnie z punktami A I 1.2 oraz A I 2.2 i II B 1.2.b. W przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu wynikających z działań ubocznych związanych z jednym z trzech zastosowanych w programie leków, istnieje możliwość kontynuowania programu na podstawie decyzji lekarza przy użyciu dwóch pozostałych leków. Selexipag powinien być dołączany do skojarzonej terapii sildenafilem i bosentanem. Możliwe jest dodanie seleksypagu do skojarzonej terapii sildenafilem i macytentanem jeśli macytentan włączono zamiast bosentanu z powodu wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) które ustąpiło po jego odstawieniu oraz w przypadku gdy leczenie w schemacie seleksypag + sildenafil + bosentan było nieskuteczne lub w przypadku gdy dołączenie macytentanu do sildenafilu do terapii II rzutu wiązało się z poprawą kliniczną pacjenta ale nadal nie zostały osiągnięte cele terapeutyczne. **B. Leczenie TNP u dzieci (<18 lat)** **I. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)** **1. Bosentan** **1.1. Kryteria włączenia** 1) III klasa czynnościowa. **1.2. Kryteria wyłączenia** 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby;		

3) aktywność AspAT lub AlAT > 3 razy wartość górnej granicy normy (GGN) przed rozpoczęciem leczenia lub aktywność AspAT lub AlAT > 8 razy GGN w trakcie leczenia; 4) niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji – w przypadku miesiączkujących dziewcząt; 5) inne przeciwwskazania wymienione w ChPL. **2. Sildenafil** **2.1. Kryteria włączenia** 1) I-III klasa czynnościowa. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (klasa C wg Child-Pugh); 3) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny; 4) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION). **II. LECZENIE II RZUTU** **II.A. MONOTERAPIA** **1. Monoterapia treprostinilem albo iloprostem albo epoprostenolem** **1.1. Kryteria włączenia** Określono w punkcie A.II z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje. **II.B. TERAPIA SKOJARZONA**		

1. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów: **a)** bosentan, **b)** sildenafil, **c)** iloprost albo treprostinil albo epoprostenol. **1.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy epoprostenolu. Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **1.2. Kryteria wyłączenia** **a) bosentan** – określono w punkcie B I 1.2; **b) sildenafil** – określono w punkcie B I 2.2; **c) iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b; **d) treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c; **e) epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.		

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

Załącznik B.32.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego finansowane są następujące terapie choroby Leśniowskiego–Crohna (ChL-C): 1) **infliksymab;** 2) **adalimumab;** 3) **wedolizumab;** 4) **ustekinumab;** 5) **upadacytynib.** Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo adalimumabu albo wedolizumabu albo ustekinumabu albo upadacytynibu w przypadku wystąpienia nieakceptowalnych objawów niepożądanych lub nietolerancji leczenia lub braku odpowiedzi na leczenie zdefiniowanej w punkcie 3. poniżej. W momencie zmiany leczenia w ramach programu lekowego nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie** 1) wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie infliksymabu, adalimumabu, wedolizumabu, ustekinumabu, upadacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL). **2. Modyfikacje dawkowania** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) morfologia krwi obwodowej, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) kreatynina; 5) białko C-reaktywne; 6) badanie ogólne moczu; 7) test Quantiferon; 8) antygen HBs; 9) przeciwciała anty HCV; 10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);

2) ciężka lub umiarkowana, czynna postać ChL-C (wynik w skali PCDAI ≥30 punktów w przypadku pacjentów od 6 lat do momentu ukończenia 18 lat albo wynik w skali CDAI >220 punktów u dorosłych pacjentów) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub pacjenci z ChL-C cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby (leczenie wedolizumabem lub ustekinumabem lub upadacytynibem wyłącznie po wcześniejszym niepowodzeniu anty-TNF w tej grupie pacjentów) lub pacjenci po odcinkowej resekcji jelita z powodu ChL-C, u których badanie endoskopowe wykonane w ramach nadzoru wykazało zmiany zapalne w okolicy zespolenia (≥ 2 punktów w skali Rutgeertsa) lub w innych odcinkach jelita, pomimo stosowanego leczenia immunosupresyjnego lub po przerwaniu leczenia immunosupresyjnego z powodu powikłań lub nietolerancji – wyłącznie w przypadku leczenia infliksymabem lub adalimumabem; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 4) brak przeciwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL (jeśli dotyczy). <u>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</u>		14) anty HBc total; 15) określenie początkowej wartości wskaźnika CDAI u dorosłych albo PCDAI u dzieci i młodzieży; 16) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia upadacytynibem. **2. Monitorowanie terapii infliksymabem lub adalimumabem lub ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem** 1) po zakończeniu leczenia indukcyjnego świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej (w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do leczenia upadacytynibem – morfologia krwi z rozmazem z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów), CRP, AlAT i AspAT, dodatkowo w przypadku leczenia upadacytynibem wykonuje się oznaczenia stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i trójglicerydów. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci); 2) w leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej (w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do leczenia upadacytynibem – morfologię krwi

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo adalimumabem albo wedolizumabem albo ustekinumabem albo upadacytynibem, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI< 30 punktów. 1) infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni, b) leczenie podtrzymujące infliksymabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI; 2) adalimumab a) terapia indukcyjna: 12 tygodni, b) leczenie podtrzymujące adalimumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie.Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI; 3) ustekinumab a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylnej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej),		z rozmazem z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów), CRP, AlAT i AspAT oraz stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i trójglicerydów (wyłącznie w przypadku upadacytynibu) oraz ocenę CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci) przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni. W celu optymalizacji leczenia biologicznego oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia, można wykonać oznaczenie poziomu leku biologicznego przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku. Dodatkowo można wykonać oznaczanie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż dwa razy do roku w trakcie trwania leczenia. Ponadto można wykonać ileokolonoskopię i/lub badanie techniką rezonansu magnetycznego ramach monitorowania skuteczności leczenia. Badanie wykonywane nie częściej niż raz do roku w trakcie wszystkich lat leczenia. Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.

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: 6 tygodni, z możliwością dodatkowego podania leku w 10 tygodniu w przypadku braku odpowiedzi na leczenie (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylnej), 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; 5) upadacytynib a) terapia indukcyjna: 12 – 24 tygodni, b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI. **3. Zakończenie leczenia w programie** 1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;		**3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wskaźników skuteczności terapii finansowanych w programie, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, tj.: – odpowiedź na leczenie rozumiana jako stwierdzenie spadku aktywności CDAI o co najmniej 70 pkt oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów – ocena na koniec okresu leczenia indukcyjnego; – remisja kliniczna rozumiana jako CDAI poniżej 150 pkt albo PCDAI < 30 punktów, przy jednoczesnym braku konieczności stosowania steroidów i braku leczenia chirurgicznego, w przypadku gdy oceniany lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego; – utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie

5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		indukcyjne - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – wystąpienie istotnych działań niepożądanych rozumiane jako konieczność zaprzestania terapii danym lekiem z powodu działań niepożądanych - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt *3. Monitorowanie skuteczności leczenia* dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.33.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW		
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *adalimumabem,* 2) *certolizumabem pegol,* 3) *etanerceptem,* 4) *golimumabem,* 5) *infliksymabem,* 6) *tocilizumabem,* 7) *rytuksymabem,* 8) *baricytynibem,* 9) *tofacytynibem,* 10) *upadacytynibem,* 11) *filgotynibem,* 12) *anakinrą.* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.	**1. Dawkowanie** 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. 2) Zmiana postaci dożylnej tocilizumabu na podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. 3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości; 2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 3) obecność antygenu HBs; 4) przeciwciała anty-HBc 5) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową; 6) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 7) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 8) EKG z opisem; 9) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz

1. Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

1) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS oraz 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):

   a) z dużą aktywnością choroby, udokumentowaną w trakcie dwóch badań lekarskich w odstępie 1-3 miesięcy. Dużą aktywność choroby stwierdza się, gdy jest spełnione jedno z poniższych kryteriów:

      – wartość DAS 28 – większa niż 5,1

      albo

      – wartość DAS – większa niż 3,7

      albo

      – wartość SDAI – większa niż 26

   lub

   b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.:

      – z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD)

      skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.

      W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, tocilizumab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib, filgotynib i anakinra mogą być stosowane w monoterapii zgodnie z ChPL z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.

   oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;

10) oznaczenie płytek krwi (PLT);

11) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);

12) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);

13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

14) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

15) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

16) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);

17) oznaczenie stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;

18) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów – u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą – po 3 miesiącach

lub – z RZS z wtórną amyloidozą lub – z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD). 2) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytinbem albo upadacytynibem 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). Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i wyłącznie w przypadku, kiedy przyczyną odstawienia pierwszego i/lub drugiego leku z tej grupy u danego pacjenta były objawy nietolerancji i/lub działania niepożądane, których w opinii lekarza prowadzącego na podstawie dostępnej wiedzy medycznej można uniknąć stosując inny lek z grupy inhibitorów TNF alfa. b) rytuksymabem, u których:		(±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów 2) oznaczenie płytek krwi (PLT); 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) oznaczenie stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii inhibitorem TNF alfa po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 3) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą 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);		zastosowanej terapii z uwzględnieniem objawów układowych u pacjentów z AOSD. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). **2.2. Monitorowanie terapii rytuksymabem** – po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenie immunoglobulin G i M w surowicy; oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia. Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc) od każdego ponownego podania leku.

b) rytuksymabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii tocilizumabem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 4) Do terapii rytuksymabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą 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		Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). 5) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii tofacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 6) Do terapii baricytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:		**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii baricytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 7) Do terapii upadacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo filgotynibem albo anakinrą, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).		

Kwalifikacja do terapii upadacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 8) Do terapii filgotynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo anakinrą u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii filgotynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 9) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej: a) dwoma inhibitorami TNF alfa oraz rytuksymabem oraz tofacytynibem oraz baricytynibem oraz upadacytynibem oraz filgotynibem zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których:		

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane. 10) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 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. 11) W ramach programu lekowego u pacjentów z chorobą Stilla 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. 12) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 13) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 14) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w		

Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 15) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym. 16) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. 17) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL). 18) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. 19) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) Nie stwierdzenie po 3 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤3,7, albo SDAI ≤ 26 lub nie stwierdzenie po 3 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry znacznego zmniejszenia objawów układowych. 2) Nie stwierdzenie po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe. Miernikiem niskiej aktywności choroby jest DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤2,4, albo SDAI ≤ 11. Miernikiem remisji jest wartość DAS 28 ≤ 2,6 albo DAS ≤1,6, albo SDAI ≤ 3,3 lub nie stwierdzenie po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry ustąpienia objawów układowych. 3) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrzenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe. 4) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia. 5) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą. 6) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL. 7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza.		

8) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 9) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji lub niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu, nastąpił wzrost wartości: a) DAS 28 powyżej 3,2 albo b) DAS powyżej 2,4 albo c) SDAI powyżej 11.		

3) Pacjent z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych. 4) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby lub ustąpienie objawów układowych. 5) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		
MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW		
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *adalimumabem,* 2) *etanerceptem,* 3) *sekukinumabem,* 4) *tocilizumabem w postaci dożylnej,* 5) *anakinrą,* 6) *tofacytynibem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:	**1. Dawkowanie** 1) Adalimumab, etanercept, sekukinumab, tocilizumab w postaci dożylnej, anakinrę i tofacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 2) Powyższe leki (z wyjątkiem sekukinumabu, który może być podawany z lub bez metotreksatu) należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 2) obecność antygenu HBs; 3) przeciwciała anty-HBc; 4) przeciwciała anty-HCV; 5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 7) EKG z opisem. 8) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej, anakinrą lub tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz

1) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożylnej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania: a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB. lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo b) nielicznostawowej postaci MIZS, rozszerzającej się i przetrwałej ponad 6 miesięcy, przy występujących czynnikach złej prognozy (wg ACR) i z obecnością co najmniej 2 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i bolesnością i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 5 w 10-punktowej skali z towarzyszącym bólem, tkliwością lub obiema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo c) MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka niepoddającym się leczeniu dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym, niezależnie od ilości zajętych stawów. 2) Do terapii tofacytynibem kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania:	metotreksatu. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu, tocilizumabu w postaci dożylnej, anakinry i tofacytynibu z innym, wymienionym w programie lekiem modyfikującym przebieg choroby/immunosupresyjnym w obowiązującej dawce. Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 9) oznaczenie płytek krwi (PLT); 10) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 11) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 12) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 13) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 14) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 16) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożylnej lub tofacytynibem. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące (±1 miesiąc): 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej, anakinrą lub tofacytynibem- morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;

a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB. lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo b) nielicznostawowej postaci MIZS, rozszerzającej się i przetrwałej ponad 6 miesięcy, przy występujących czynnikach złej prognozy (wg ACR) i z obecnością co najmniej 2 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i bolesnością i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 5 w 10-punktowej skali z towarzyszącym bólem, tkliwością lub obiema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo c) 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 przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania.		2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej lub tofacytynibem oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ACR i stosowanych rutynowo w MIZS. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla

3) Do terapii sekukinumabem kwalifikuje się pacjentów od 6 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania: a) młodzieńczego łuszczycowego zapalenia stawów zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgnistych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania albo b) zapalenia stawów z zapaleniem przyczepów ścięgnistych zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgnistych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania.		zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **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

4) Ponadto do programu kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia (do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej) lub pacjenci od 8 miesiąca życia z masą ciała co najmniej 10 kg (do terapii anakinrą), z rozpoznaniem: a) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z dominującymi objawami układowymi, u których mimo stosowania przez co najmniej 2 tygodnie pełnych dawek glikokortykosteroidów (GKS) (doustnie 1-2 mg/kg m.c./dobę, maksymalnie 60 mg/dobę lub metyloprednizolonu 10-30 mg/kg m.c./wlew przez 3 dni i ewentualnie powtarzane przez kolejne tygodnie) utrzymuje się lub wystąpiła ponownie gorączka i utrzymują się układowe objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza albo b) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z zajęciem co najmniej 5 stawów lub z zajęciem co najmniej 2 stawów i towarzyszącą gorączką powyżej 38oC, u których aktywna choroba utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące i niewystarczająco odpowiada na leczenie GKS w dawce nie niższej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę oraz metotreksatem w obowiązującej dawce (ewentualnie w postaci podskórnej), podawanym przez co najmniej 3 miesiące albo, w przypadku nietolerancji metotreksatu, innym lekiem modyfikującym przebieg choroby/lekiem immunosupresyjnym, podawanym w obowiązującej dawce przez co najmniej 3 miesiące. 5) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa, sekukinumabem, tofacytynibem albo tocilizumabem w postaci dożylnej w ramach programu lekowego, u których: a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub		OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 6) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani leczeniu co najmniej: – dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem lub – tocilizumabem, u których zastosowanie pozostałych leków w programie jest przeciwwskazane, ponieważ: i. wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub ii. wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub iii. stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 7) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni sekukinumabem, tocilizumabem w postaci dożylnej albo anakinrą albo tofacytynibem 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. 8) 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. 9) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 10) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 11) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m²/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę, cyklosporyny A – 3-5 mg/kg m.c./dobę, chlorochiny (ewentualnie hydroksychlorochiny) – 4-6 mg/kg m.c./dobę, azatiopryny – 1,0-2,5 mg/kg m.c./dobę, jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane. 12) 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. 13) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie. 14) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. 15) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).		

16) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. 17) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie** 1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia, może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy dotyczący leczenia MIZS do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach (±1 miesiąc) terapii daną substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako: a) poprawę o co najmniej 30% od wartości wyjściowych po 3 pierwszych miesiącach terapii według oceny Gianniniego – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami ze strony stawów,		

b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach (±1 miesiąc) terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi. 2) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach (±1 miesiąc). 3) Niespełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 po pierwszych 12 miesiącach (±1 miesiąc) leczenia, a więc nieuzyskanie przynajmniej 50-procentowej poprawy w 3 z 6 następujących parametrów, przy jednoczesnym braku pogorszenia o 50% w więcej niż jednym z poniższych parametrów: a) liczba stawów z czynnym zapaleniem; b) liczba stawów z ograniczeniem ruchomości; c) ocena aktywności choroby dokonana przez lekarza na 10-centymetrowej skali VAS; d) ocena ogólnego samopoczucia dokonana przez rodzica lub chore dziecko na 10-centymetrowej skali VAS; e) wskaźnik stanu funkcjonalnego dziecka (np. CHAQ); f) laboratoryjny wskaźnik ostrej fazy (OB. lub CRP). 4) Utrata kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub nawrót czynnych objawów układowych, w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). 5) U pacjentów zakwalifikowanych do leczenia na podstawie pkt 1 ppkt 1c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 1a) i 1b) oraz 4a) i 4b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (±1 miesiąc) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach (±1 miesiąc). 6) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.		

7) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą. 8) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL. 9) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza. 10) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 11) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku niespełnienia przez chorego kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 zgodnie z pkt 3. ppkt 3), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 3. ppkt 5), podawania substancji czynnej leku zastosowanej zgodnie z zapisami programu i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, definiowanej jako brak utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 2) Pacjent z MIZS o początku uogólnionym włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych. 3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub ustąpienie objawów układowych.		

4) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.35.

LECZENIE CHORYCH Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.1, M07.2, M07.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *adalimumabem,* 2) *certolizumabem pegol,* 3) *etanerceptem,* 4) *golimumabem,* 5) *infliksymabem,* 6) *iksekizumabem,* 7) *sekukinabem,* 8) *tofacytynibem,* 9) *upadacytynibem,* 10) *ryzankizumabem,* 11) *guselkumabem,* 12) *bimekizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:	**1. Dawkowanie** **Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab sekukinumab, tofacytynib, upadacytynib, ryzankizumab, guselkumab i bimekizumab** należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA /ASAS. **2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS. **3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego); 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;

1) ustalone rozpoznanie ŁZS postawione na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej: a) łuszczyca obecnie – 2 pkt albo dodatni wywiad w kierunku łuszczycy potwierdzony przez lekarza specjalistę – 1 pkt, albo udokumentowany dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy u krewnego pierwszego lub drugiego stopnia – 1 pkt, b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt, c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt, d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt, e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt; 2) aktywna postać choroby: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgnistych) – aktywna postać choroby musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać obwodową choroby definiuje się jako spełnienie jednego z poniższych alternatywnych kryteriów: i. wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3	Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HBc; 13) przeciwciała anty-HCV; 14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 17) EKG z opisem; 18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis - u pacjentów z postacią osiową. **2. Monitorowanie leczenia** Po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznacznie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);

łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz – ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm albo ii. wg DAS 28: – wartość DAS 28 – większa niż 3,2 albo iii. wg DAS: – wartość DAS – większa niż 2,4. U pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – PASI większe niż 10 oraz – DLQI większe niż 10 oraz – BSA większe niż 10;		4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesiący(± 1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznacznie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajętą mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgnistych niż określono w pkt 1. ppkt 2)i; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1 – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm; 3) niezadowalająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS definiowana jako nieskuteczność leczenia: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych, takich jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz cyklosporyna, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR/GRAPPA/ASAS, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej). U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgnistych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma		6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać

niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4 tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii; 4) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 5) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem		odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS: a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) wg DAS 28 lub DAS: – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤ 3,7, – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤ 2,4; 2) w przypadku postaci osiowej ŁZS: a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3.		

3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu leków, w tym ośmiu leków biologicznych, tofacytynibu i upadacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane; 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. **4. Czas leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;		

2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 1) dla postaci obwodowej oraz pkt 2. ppkt 2) dla postaci osiowej po 6 miesiącach terapii, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Dalsze leczenie w programie nie jest możliwe bez uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii w ramach programu. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 5) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **6. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego, tofacytynibu lub upadacytynibu, zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u		

którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami włączenia do programu, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji; 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby; 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.36.

LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ ZESZTYWNIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10: M45)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *adalimumabem,* 2) *certolizumabem pegol,* 3) *etanerceptem,* 4) *golimumabem,* 5) *infliksymabem,* 6) *sekukinumabem,* 7) *iksekizumabem,* 8) *upadacytynibem,* 9) *tofacytynibem,* 10) *bimekizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie** **Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab, upadacytynib, tofacytynib i bimekizumab** należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. **2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. **3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych** Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HBc; 13) przeciwciała anty-HCV;

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroiliitis w badaniu RTG; 2) z aktywną postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie; 3) z niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej dwa niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii. Niezadowalająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia; 4) aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów: a) wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; b) ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm;	minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem; 16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 17) EKG z opisem; 18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich. **2. Monitorowanie leczenia** Po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów

5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod		(lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy(±1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia; 2) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3. **3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż ośmiu		w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

leków, w tym sześciu leków biologicznych, upadacytynibu i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane; 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. **4. Czas leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 2), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej		2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe; 3) pacjenci z sacroiliitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2. stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i		

bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **6. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego i 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)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na niedokrwistość w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek udostępnia się leczenie: 1) *darbepoetyną alfa;* 2) *epoetyną alfa;* 3) *roksadustatem*; zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl, pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn niż niewydolność nerek; 2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR: a) poniżej 45 ml/min. - u pacjentów chorujących na cukrzycę; b) poniżej 30 ml/min. - u pozostałych pacjentów. 3) wiek: a) powyżej 1 roku życia – dla terapii *darbepoetyną alfa* i *epoetyną alfa*; b) powyżej 18 roku życia – dla terapii *roksadustatem.*	**1. Dawkowanie** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **1.1. Dawkowanie darbepoetyny alfa** 1) okres uzyskania poprawy: a) 0,45 µg/kg mc., raz w tygodniu, dożylnie lub podskórnie lub b) 0,75 µg/ kg mc., raz na 2 tygodnie, podskórnie lub c) 1,5 µg/kg mc., raz w miesiącu, podskórnie – tylko dla dorosłych. 2) leczenie podtrzymujące: a) pojedyncze wstrzyknięcie raz na tydzień lub raz na 2 tygodnie lub raz w miesiącu (tylko u pacjentów dorosłych).	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 2) badanie poziomu hematokrytu; 3) badanie wysycenia transferryny żelazem we krwi (TSAT); 4) oznaczenie wskaźnika filtracji kłębuszkowej (GFR); 5) badanie stężenia białka C-reaktywnego we krwi (CRP) – nie dotyczy terapii roksadustatem. **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia** 1) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 2) badanie poziomu hematokrytu. Badania wykonuje się co 2 tygodnie po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki. Po osiągnięciu stabilnego, docelowego stężenia hemoglobiny powyższe badania wykonuje się raz w miesiącu. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i

4) wykluczenie dializoterapii;
5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną;
6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

W przypadku braku uzyskania klinicznie istotnego wzrostu stężenia hemoglobiny, nie należy kontynuować leczenia roksadustatem dłużej niż 24 tygodnie od rozpoczęcia terapii.

3. Kryteria wyłączenia

1) konieczność dializoterapii świadczeniobiorcy;
2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;

U pacjentów otrzymujących darbepoetynę raz na 2 tygodnie, po uzyskaniu docelowego stężenia hemoglobiny, lek może być podawany podskórnie raz w miesiącu stosując dawkę początkową równą podwójnej dawce podawanej raz na 2 tygodnie.

1.2. Dawkowanie epoetyny alfa

1) faza wyrównania:
   a) dawka początkowa 50 j.m./kg, 3 razy w tygodniu;
2) faza podtrzymująca:
   a) podanie dożylne – 3 razy w tygodniu,
   b) podanie podskórne – raz w tygodniu lub raz na 2 tygodnie.

Dawka ustalana indywidualnie w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.

Maksymalnie:

a) 150 j.m./kg, 3 razy w tygodniu,
b) 240 j.m./kg (do maks. 20 000 j.m.) raz w tygodniu,
c) 480 j.m./kg (do maks. 40 000 j.m.) raz na 2 tygodnie.

1.3. Dawkowanie roksadustatu

1) dawka początkowa:
   a) 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni:
      – masa ciała do 100 kg: 70 mg,
      – masa ciała powyżej 100 kg: 100 mg;
2) dawka podtrzymująca:

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

3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego; 7) schyłkowa niewydolność nerek; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.	a) od 20 mg do 100 mg, 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni, w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.	

Załącznik B.38.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (PNN) (ICD-10 N 18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m^2/min.; 2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0; 3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulicha i Pyle; 4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości; 2) zaburzenia przemian węglowodanowych; 3) choroba nowotworowa, 4) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 mg-0,37 mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) badania densytometryczne; 3) RTG stawów biodrowych. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1 Co 30 dni** w 3 - 4 stadium choroby: 1) stężenie parathormonu (intact PTH); 2) fosfataza alkaliczna; 3) proteinogram; 4) stężenie glukozy we krwi; 5) stężenie kreatyniny; 6) stężenie mocznika; 7) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-); 8) morfologia krwi z rozmazem; 9) gazometria. **2.2 Co 90 dni** 1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: a) konsultacja urologiczna, b) USG jamy brzusznej, 2) konsultacja dietetyka; 3) w 2 stadium choroby:

lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat); 5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca.		a) stężenie parathormonu (intact PTH), b) fosfataza alkaliczna, c) proteinogram, d) stężenie glukozy we krwi, e) stężenie kreatyniny, f) stężenie mocznika, g) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-), h) morfologia krwi z rozmazem, i) gazometria. **2.3 Po 90 dniach** 1) stężenie IGF-1. **2.9 Co 365 dni** 1) stężenie triglicerydów; 2) stężenie całkowitego cholesterolu; 3) stężenie IGF-1; 4) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 5) w uzasadnionych przypadkach: a) badania densytometryczne, b) RTG stawów biodrowych, c) konsultacja okulistyczna, d) konsultacja ortopedyczna, e) cystouretografia, 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG/USG stawów biodrowych, c) TK z kontrastem stawów biodrowych, 7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: a) badanie ogólne moczu, b) posiew moczu.

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

Załącznik B.39.

LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOŚCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO DIALIZAMI (ICD-10: N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wtórna nadczynność przytarczyc; 2) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii) lub brak zgody pacjenta na leczenie zabiegowe (w tym m.in. farmakologiczną i laserową paratyreidektolizę) lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii); 3) stężenie iPTH > 500pg/ml; 4) długotrwałe leczenia dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek; 5) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii parykalcytolem. Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie cynakalcetu lub parykalcytolu** Dawkowanie leków w programie lekowym odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w odpowiednich Charakterystykach Produktów Leczniczych obowiązujących na dzień wydania decyzji. U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżać wydzielanie PTH (i ewentualnie powodować następczą hipokalcemię), dlatego może zachodzić konieczność ograniczenia dawki leku do podawania rzadszego (tzn. nie każdego dnia, lecz np. co 2-gi dzień). Ostateczna dawka musi uwzględniać wpływ leku na stężenie PTH u indywidualnego pacjenta.	**1. Monitorowanie leczenia** 1) stężenie iPTH – przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) stężenie fosforu w surowicy; 4) iloczyn Ca x P w surowicy. **2. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation); 2) przeszczepienie nerki; 3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.		

Załącznik B.40.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10: P07.2, P07.3, P27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24, G12.0, G12.1, E84.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Program lekowy dedykowany jest dla pacjentów w następujących populacjach:
1) pacjenci neonatologiczni,
2) pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą do 1 roku życia,
3) pacjenci kardiologiczni do 2 roku życia,
4) pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni do 2 roku życia.
Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej lub pulmonologii dziecięcej w porozumieniu z odpowiednim konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka.
Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 września do 30 kwietnia.
Immunizację paliwizumabem przeprowadza się maksymalnie w dwóch następujących po sobie sezonach immunizacji zgodnie z kryteriami poniżej.

1. Kryteria kwalifikacji
1.1. Pacjenci neonatologiczni
1) brak ukończenia szóstego miesiąca życia w momencie rozpoczęcia immunizacji, oraz spełnienie kryterium:
a) wiek ciążowy 29 - 32 tygodni,
lub</td>
<td>1. Dawkowanie paliwizumabu
Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.
Lek podaje się we wstrzyknięciu domięśniowym, najlepiej w przednio-boczną część uda. Nie należy wybierać mięśnia pośladkowego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium:
1) dysplazja oskrzelowo-płucna: kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej;
2) hemodynamicznie istotna wada serca: kliniczne potwierdzenie hemodynamicznie istotnej wady serca;
3) rdzeniowy zanik mięśni: kliniczne potwierdzenie rdzeniowego zaniku mięśni;
4) mukowiscydoza: kliniczne potwierdzenie mukowiscydozy.

2. Monitorowanie leczenia
Dzieci zakwalifikowane do leczenia paliwizumabem wymagają comiesięcznych wizyt w ośrodku realizującym program do końca sezonu zakażeń RSV celem oceny stanu ogólnego pacjenta (wywiad i badanie fizykalne) przed otrzymaniem kolejnej dawki leku.
Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej oraz</td>
</tr>
</table>

b) wiek ciążowy ≤ 35 tygodni oraz mała masa urodzeniowa równa lub poniżej 1500 g, 2) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz narodziny w wieku ciążowym ≤ 28 tygodni, 3) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie dysplazji oskrzelowo-płucnej. **1.2. Pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą:** 1) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji. **1.3. Pacjenci kardiologiczni:** 1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie hemodynamicznie istotnej wady serca z: a) jawną niewydolnością serca, utrzymującą się pomimo leczenia farmakologicznego, lub b) umiarkowanym lub ciężkim wtórnym nadciśnieniem płucnym, lub c) siniczymi wadami serca, z przezskórnym utlenowaniem krwi tętniczej utrzymującej się <90%. **1.4. Pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni:** 1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji. Jeżeli świadczeniobiorca, który spełnia opisane powyżej kryteria kwalifikacji do programu, urodzi się w trakcie trwania sezonu zakażeń wirusem RS, wówczas otrzymuje od 3 do 5 dawek paliwizumabu, jednak nie mniej niż 3 dawki; liczba podanych dawek jest uzależniona od okresu pozostałego od dnia urodzenia do zakończenia sezonu zakażeń.		pulmonologii dziecięcej nadzorują program korzystając z elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którym podano lek zawierający substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji immunizacji, o ile na dzień podania pierwszej dawki spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie mają przeciwwskazań do immunizacji oraz nie spełniają kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 września do 30 kwietnia) co miesiąc – 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakikolwiek ze składników występujących w preparacie, 2) przebycie reakcji nadwrażliwości na podaż innych przeciwciał, 3) brak zgody prawnych opiekunów na leczenie, 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony prawnych opiekunów.		

Załącznik B.41.

LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym; 2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia; 3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców; 4) stan odżywienia, mierzony wielkością wskaźnika BMI, poniżej 97 centyla dla płci i wieku (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów; 7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób;	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 30 dniach** 1) konsultacja laryngologiczna. **2.2 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb. **2.3 Co 90 dni** 1) konsultacja dietetyka; 2) konsultacja rehabilitanta. **2.4 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT4. 4) jonogram w surowicy krwi. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi. **2.5 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u

9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregokolwiek z kryteriów wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą; 2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii; 3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego; 4) narastanie otyłości, pomimo stosowania kompleksowego leczenia hormonem wzrostu, leczenia dietetycznego i rehabilitacji (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych przyjętych dla wieku i płci o 2 odchylenia standardowe lub więcej); 5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów; 6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu.		dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb); 2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego: a) konsultacja kardiologiczna, b) USG serca, 3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego; 5) pomiar stężeń triglicerydów; 6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 7) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 8) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1C}); 10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 11) pomiar stężenia IGF-1; 12) konsultacja laryngologiczna; 13) konsultacja ortopedyczna; 14) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 15) u świadczeniobiorców z zaburzeniami pokwitania test stymulacji wydzielania gonadotropin, z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin (4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów); 16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu: a) konsultacja nefrologiczna, b) konsultacja urologiczna, c) USG jamy brzusznej,

		d) badanie ogólne i posiew moczu; 17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.42.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA (ZT) (ICD-10 Q 96)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) stygmaty Zespołu Turnera; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich; 3) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dziewcząt polskich (wymagany co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego metodą Baley- Pineau; 4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego; 7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1. **2.2 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1C} lub co 365 dni: 2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii. **2.3 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT_4; 4) jonogram w surowicy krwi. **2.4 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia); 2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego);

Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej; 2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri; 3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy; 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm; 6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych); 7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok; 8) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat.		3) konsultacja nefrologiczna; konsultacja urologiczna; USG jamy brzusznej; badanie ogólne i posiew moczu (dzieci z wadami układu moczowo-płciowego); 4) pomiar stężenia IGF-1; 5) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna; b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami

		opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.44.

LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ASTMY (ICD-10: J45, J82)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: *1) omalizumabem,* *2) mepolizumabem,* *3) benralizumabem,* *4) dupilumabem,* 5) *tezepelumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Do leczenia biologicznego w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy z rozpoznaną astmą ciężką. Wybór leku zależy od fenotypu i endotypu choroby i powinien być poprzedzony pogłębioną diagnostyką różnicową. W ocenie ciężkości astmy i fenotypu choroby należy posługiwać się aktualnymi wytycznymi GINA. **1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** **1.1. Kryteria włączenia do programu** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: **1.1.1.** pacjenci powyżej 6 roku życia z ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmą oskrzelową (wg aktualnych wytycznych GINA) z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, u dzieci w wieku 6–11 lat >400mcg lub innego	**1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** Omalizumab podawany jest w dawce od 75 do 600 mg w 1 do 4 wstrzyknięć. Maksymalna zalecana dawka wynosi 600 mg omalizumabu przy schemacie dawkowania co 2 tygodnie. Szczegółowy schemat dawkowania określony na podstawie wyjściowego stężenia IgE (j.m./ml), oznaczanego przed rozpoczęciem leczenia oraz masy ciała pacjenta (kg) należy odczytać z tabel dawkowania zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.	**1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** **1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 2) test *in vitro* (opcjonalnie); 3) pomiar masy ciała; 4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej); 5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień); 6) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 8) morfologia krwi i badania biochemiczne:

wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekle; u dzieci w wieku 6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów; 3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml; 4) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności *in vitro* na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml; 5) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5.0 punktów u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej lub PAQLQ <5,0 punktów u dzieci w wieku 6-11 lat; 6) masa ciała 20-150 kg; 7) niepalenie tytoniu; 8) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy;	Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej** **1) mepolizumabem** Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnie co 4 tygodnie. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.	a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT; 9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **1.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 11) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 12) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 13) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni omalizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego **1.2. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia: a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów:	Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. **2) benralizumabem** Zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego). Zalecana dawka benralizumabu dla pacjentów, którzy kontynuują leczenie po okresie zawieszenia w programie wynosi 30 mg we wstrzyknięciach podskórnych co 8 tygodni, jeśli czas od ostatniej dawki leku przed zawieszeniem był ≤ 8 tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był > 8 tygodni to zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego). Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku	**1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **1.4. Monitorowanie leczenia** **Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;

– brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem), – brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o ≥ 0,5 pkt u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem), – zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem); 3) palenie tytoniu; 4) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **1.3. Określenie czasu leczenia w programie**	pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. **3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem** Dupilumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku	4) morfologia krwi i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT; 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem** **2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): a) stężenie kreatyniny,

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

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie omalizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem, o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.

2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem

2.1. Kryteria włączenia do programu

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:

2.1.1. pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą eozynofilową identyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi na poziomie ≥350 komórek/µl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥150 komórek/µl, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥5mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi ≥1,0g (w przeliczeniu na prednizon)

pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.

Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.

4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem

Tezepelumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.

b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),

c) stężenie AIAT,

d) stężenie AspAT;

3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;

4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);

5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);

6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.

Ponadto przeprowadzana jest:

1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;

2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;

3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

2.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:

1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;

2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);

1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekle; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;	Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.	3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **2.4. Monitorowanie leczenia** **Po 24., 52., 104. oraz każdym kolejnym 52. tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia, wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;

11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni mepolizumabem albo benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 1. 2) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30% o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem);		2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) CRP, c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem** **3.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);

5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **2.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego		2) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej); 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 5) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 6) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 7) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie mepolizumabem lub benralizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie mepolizumabem lub benralizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii mepolizumabem lub benralizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem** **3.1. Kryteria włączenia do programu:** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: **3.1.1.** pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili we krwi na poziomie ≥350 komórek/µl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥150 komórek/µl, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥5mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi ≥1,0g (w przeliczeniu na prednizon) 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2		**3.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku – nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **3.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **3.4. Monitorowanie leczenia:** **Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej**

adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekle; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ>1,5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) wykluczenie innych przyczyn hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz		**terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 4) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem**

prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. albo **3.1.2.** pacjenci powyżej 12 roku z ciężką, niekontrolowaną astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofilii we krwi na poziomie ≥150 komórek/mikrolitr na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie oraz z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE; 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u chorych, którzy stosują je przewlekle; 3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml; 4) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1,5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,		**4.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): a) stężenie kreatyniny; b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); c) stężenie AIAT; d) stężenie AspAT; 3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień); 5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;

d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5,0 punktów); 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dupilumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego		3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **4.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień); 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **4.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;

3.2. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia dupilumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii dupilumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30% o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem); 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie – zawiesić leczenie dupilumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące. **4.4. Monitorowanie leczenia** **Po 24., 52., 104. oraz każdym kolejnym 52. tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia, wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) CRP, c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu

12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **3.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie dupilumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii dupilumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem** **4.1. Kryteria włączenia do programu** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:		ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **5.** Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię

4.1.1. pacjenci powyżej 12. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą definiowaną przez: 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekle; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) niepalenie tytoniu; 5) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 6) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;		nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **6. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności poszczególnych terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 10) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 11) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu,) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni tezepelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego **4.2. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 4. 1. 2) w okresie leczenia tezepelumabem w liczbie równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii tezepelumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30% o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem);		

5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie- zawiesić leczenie tezepelumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **4.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu		

podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie tezepelumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie tezepelumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii tezepelumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.		

Załącznik B.47.

LECZENIE CHORYCH Z UMIARKOWANĄ I CIĘŻKĄ POSTACIĄ ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10: L40.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji **1.1.** Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w 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. **1.2.** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku: a) 18 lat i powyżej, lub b) 4 lat i powyżej – w przypadku do kwalifikacji do terapii adalimumabem, lub c) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem, ustekinumabem, iksekizumabem, sekukinumabem;	**1. Dawkowanie** **Adalimumab, etanercept, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, ustekinumab, ryzankizumab, guselkumab, certolizumab pegol, tyldrakizumab** i **bimekizumab** należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC oraz z uwzględnieniem umożliwienia zmniejszania dawek leków lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 3) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 4) stężenie kreatyniny w surowicy; 5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 8) obecność antygenu HBs; 9) przeciwciała anty-HCV; 10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Monitorowanie terapii

2) pacjenci z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej, którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego; 3) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami: a) PASI większym niż 10, oraz b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10, oraz c) BSA większym niż 10; 4) pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych klasycznych metod ogólnych zastosowanych zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC, a w przypadku pacjentów od 4 do 18 roku życia po nieskuteczności leczenia miejscowego lub ogólnego zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do zastosowania metod terapii ogólnej zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC. **1.3.** 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. **1.4.** W przypadkach, w których zmiany łuszczycowe zajmują miejsca szczególne, takie jak skóra owłosiona głowy lub twarzy lub okolic narządów płciowych lub rąk lub stóp lub paznokci, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.	leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię łuszczycy plackowatej danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	Po 2 miesiącach (± 30 dni) i 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) stężenie kreatyniny w surowicy; 4) AspAT i AlAT; oraz po 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 30 dni). 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. 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

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 przeciwskazania do udziału w programie** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC. **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1) po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75% lub 2) po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów. **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

lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa; 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 3; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy: a) PASI większy niż 10, oraz b) BSA większy niż 10, oraz c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10; 3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego produktu leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. **6. Czas leczenia w programie**		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

W przypadku kwalifikacji do terapii poszczególnymi substancjami czynnymi ujętymi w programie lekowym: 1) kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie; 2) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu; 3) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. **7. Kryteria ponownego włączenia do programu** Do programu może być ponownie włączony pacjent: 1) u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta; 2) u którego z przyczyn niemedycznych lub z powodu ciąży odstawiono leczenie, a następnie doszło do zaostrzenia choroby (PASI>10) i nie ma u niego przyczyn medycznych będących przeciwwskazaniem do stosowanego leczenia.		

Załącznik B.50.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10: C56, C57, C48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się tylko jedną linię leczenia podtrzymującego inhibitorami PARP niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej substancjami: 1) olaparyb; 2) niraparyb; **W leczeniu nowo zdiagnozowanego** zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się: **1) w monoterapii:** a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, albo b) niraparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA 1/2, u pacjentek z potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD) lub z brakiem potwierdzenia niedoboru homologicznej rekombinacji (HRD); **2) w skojarzeniu:** a) **olaparyb z bewacyzumabem** u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD); **W leczeniu nawrotowego** raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się: 1) **w monoterapii:**	**1. Dawkowanie** **1.1. olaparyb w monoterapii:** maksymalna całkowita dawka dobowa: 600 mg. **1.2. niraparyb w monoterapii:** maksymalna całkowita dawka dobowa: 300 mg. Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią. **1.3. olaparyb w skojarzeniu z bewacyzumabem:** **bewacyzumab** - 15 mg/kg masy ciała dożylnie, rytm: co 3 tygodnie, do 22 cykli łącznie. Leczenie należy rozpocząć nie później niż podczas trzech ostatnich cykli chemioterapii. **olaparyb** - maksymalna całkowita dawka dobowa: 600 mg. Leczenie należy rozpocząć nie wcześniej niż 3 tygodnie i nie później niż 12 tygodni po zakończeniu chemioterapii opartej na związkach platyny w skojarzeniu z bewacyzumabem. **2. Modyfikacja dawkowania leków**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) w celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenia schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny należy wykonać badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia CA 125; 8) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA1/2, po wcześniejszym zastosowaniu przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny). W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP. **1.1. Kryteria kwalifikacji dla nowo zdiagnozowanego** raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej 1) histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) **w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem w monoterapii** stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów: – FIGO III u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach *BRCA1/2* bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji (w przypadku olaparybu albo niraparybu), lub – FIGO III u chorych po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu), lub – FIGO III lub IV po zastosowaniu chemioterapii neoadjuwantowej u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach *BRCA 1/2 (*w przypadku olaparybu albo niraparybu) albo bez mutacji (w przypadku niraparybu), lub – FIGO IV (w przypadku olaparybu albo niraparybu);	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenia stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) inne badanie w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co 1 miesiąc. W przypadku niraparybu w pierwszym miesiącu leczenia zaleca się kontrolę morfologii krwi raz na tydzień i w razie konieczności modyfikację dawkowania. **2.2. Monitorowanie skuteczności** 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) oznaczenie stężenia CA125 co 1 miesiąc lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się: a) w trakcie leczenia olaparybem albo niraparybem nie rzadziej niż co 6 miesięcy

albo b) **w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem** histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji; 2) zidentyfikowana patogenna lub prawdopodobnie patogenna mutacja w genach BRCA1/2 (dziedziczna lub somatyczna) w przypadku leczenia olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem lub zidentyfikowane zaburzenia rekombinacji homologicznej (z ang. homologous recombination deficiency, HRD) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG; 4) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny; 5) wiek 18 lat i powyżej; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 9) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Kryteria kwalifikacji dla nawrotowego** raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej 1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;		lub częściej w zależności od wskazań klinicznych, b) przy wzroście stężenia CA125 - przekraczającym 2-krotną wartość nadiru (u chorych z wartością wyjściową poza zakresem normy) lub 2-krotnie górną granicę normy stwierdzonym w dwóch kolejnych oznaczeniach, dokonanych w odstępie, co najmniej 1 tygodnia. Natomiast w przypadku braku objawów progresji w badaniu obrazowym (TK/RMI) kolejne badanie obrazowe wykonuje się nie wcześniej niż za 3 miesiące, chyba że wcześniej wystąpią objawy kliniczne progresji choroby nowotworowej. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie

2) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny); 3) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny; 4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG; 5) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny; 6) wiek 18 lat i powyżej; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 9) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 10) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. 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:		kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedz (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.

a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg aktualnych kryteriów RECIST) – 24 miesiące, b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg aktualnych kryteriów RECIST– pacjenci z częściową odpowiedzią po 2 latach, którzy w opinii lekarza prowadzącego mogą odnieść korzyści z dalszego leczenia mogą kontynuować je powyżej 2 lat, c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 2) leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) 36 miesięcy, b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 3) leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek (olaparyb albo niraparyb) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL; 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej:		

a) w przypadku leczenia nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 2 według kryteriów ECOG; b) w przypadku leczenia nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 3 według kryteriów ECOG; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		

Załącznik B.52.

LECZENIE CHORYCH Z PŁASKONABŁONKOWYM RAKIEM NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani **1.1.** ***Leczenie <u>pembrolizumabem</u> dorosłych pacjentów z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi:*** a) ***e****kspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w monoterapii w przypadku wolnej progresji oraz niewielkiego nasilenia dolegliwości i objawów związanych z nowotworem,* b) *ekspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) w przypadku dynamicznej progresji lub nasilonych dolegliwości i objawów zależnych od nowotworu (możliwość uzyskania szybszej odpowiedzi indukowanej przez chemioterapię);* **1.1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, ustnej lub krtaniowej części gardła lub krtani (z wykluczeniem raka typu nosogardłowego) z nawrotem miejscowym lub/i regionalnym po leczeniu loko regionalnym lub przerzutami odległymi; 2) brak możliwości ratującego leczenia chirurgicznego lub radioterapii;	**1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) ocena stanu sprawności w skali ECOG; 3) pomiar masy ciała; 4) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, c) oznaczanie stężenia glukozy, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej, f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu, g) oznaczenie poziomu TSH, h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 5) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające rozpoznanie miejscowego nawrotu lub uogólnienia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;

3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyłączeniem chemioterapii lub leczenia celowanego stosowanego łącznie z napromienianiem w ramach leczenia radykalnego; 4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 5) wiek powyżej 18. roku życia; 6) wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 9) nieobecność przeciwwskazań: a) w przypadku monoterapii: brak przeciwskazań do stosowania pembrolizumabu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, b) w przypadku terapii skojarzonej: brak przeciwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii opartej na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta. **1.3. Kryteria wyłączenia z programu**		6) Potwierdzenie obecności ekspresji PDL1 zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych przy użyciu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263. **1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi; 3) wskaźniki biochemiczne: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH. Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie przedmiotowe; 2) badania laboratoryjne; 3) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny** **2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem** 1) badanie przedmiotowe; 2) ocena sprawności w skali ECOG; 3) pomiar masy ciała;

1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która musi być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) nadwrażliwość na pembrolizumab; 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów CTC (ang. Common Toxity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu; 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią. **2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny** ***2.1. Leczenie niwolumabem dorosłych pacjentów z nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem jamy ustnej, gardła lub krtani, który uległ progresji po lub w trakcie leczenia opartego na pochodnych platyny*** **2.1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, gardła lub krtani; 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w tym stosowaną w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 3) brak wcześniejszego leczenia lekami z grupy anty-PD-L/PD-L1;		4) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, c) oznaczanie stężenia glukozy, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej, f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu, g) oznaczenie poziomu TSH, h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 5) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. **2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi; 3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH. Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie przedmiotowe; 2) Badanie laboratoryjne;

4) udokumentowany nawrót (miejscowy lub węzłowy) lub uogólnienie (przerzuty) stwierdzony w trakcie lub w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu wcześniejszej chemioterapii z udziałem jednej z pochodnych platyny (w tym stosowanych w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 6) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta. **2.3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem** Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1. **2.4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie** 1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) nadwrażliwość na lek;		3) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu; 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.		

Załącznik B.54.

LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)

Schematy leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego:	***KRd*** *– karfilzomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*
DVTd *– daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem;*	***IRd*** *– iksazomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*
PVd *– pomalidomid w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem;*	***Pd*** *– pomalidomid w skojarzeniu z deksametazonem;*
DVd *– daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem;*	***EloPd*** *– elotuzumab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem;*
DRd *– daratumumab w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*	***IsaPd*** *– izatuksymab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem;*
Kd *– karfilzomib w skojarzeniu z deksametazonem;*	***Tec*** *– teklistamab w monoterapii.*

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO

ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na szpiczaka plazmocytowego udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami: 1) pacjentom z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym w 1. linii leczenia: ***DVTd, DRd,*** 2) pacjentom z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym: ***PVd, DVd, DRd, Kd, KRd, IRd, Pd, EloPd, IsaPd, Tec.*** ***Uwaga:*** *terapia indukująca, po której nastąpi przeszczepienie autologicznych komórek macierzystych i terapia konsolidująca/ podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia.* **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie leków** **1.1. Dawkowanie w 1. linii leczenia w schemacie:** **1.1.1. DVTd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Maksymalna liczba cykli: 6 (maksymalnie 4 cykle indukcyjne i maksymalnie 2 cykle konsolidujące). Daratumumab i.v. w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: 1) w leczeniu indukcyjnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-16; 2) w leczeniu konsolidującym: co dwa tygodnie w tygodniach 1-8. Bortezomib: zalecana dawka 1,3 mg/m^2 pc. dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie klirensu kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym – badanie kośćca do decyzji lekarza);

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG – za wyjątkiem terapii *Tec*;
3) rozpoznanie szpiczaka plazmocytowego;
4) brak przeciwwskazań do stosowania leku/leków (składowych wybranego schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego;
5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną/aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;
10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do 1. linii leczenia w schemacie:

Talidomid: podawany doustnie w dawce 100 mg raz na dobę w każdym dniu każdego cyklu.

Deksametazon: 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.

1.1.2. DRd

Uwaga: W 1. linii leczenia szpiczaka plazmocytowego w schemacie DRd finansowany jest jedynie daratumumab w formie do podania podskórnego (s.c.).

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.

Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.

U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa *lenalidomidu* powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.

Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka *lenalidomidu* w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.

Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat).

9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml wykonany w dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku;
10) dodatkowo w przypadku schematu *IRd*, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do schematu *IRd* – badania potwierdzające obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka;
11) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd, DVd, DRd, IsaPd* – pośredni test antyglobulinowy (pośredni test Coombs'a);
12) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd, DVd, DRd, Tec* – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
13) dodatkowo w przypadku schematu *Kd, KRd:*
    a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
    b) elektrokardiografia (EKG),
    c) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca.

Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia (za wyjątkiem wskazanym dla badania w pkt 9) oraz za wyjątkiem badań z pkt 10, które mogą być wykonane wcześniej).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml, zgodnie z zaleceniami odpowiedniej, aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;
3) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd, DVd, DRd, IsaPd, Tec*:

1.2.1. DVTd

1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG);
3) kwalifikowanie się pacjenta do leczenia chemioterapią wysokodawkową z przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;
4) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30x10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $<75x10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).

1.2.2. DRd

1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG);
3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;
4) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 0,5x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30x10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $<75x10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).

1.2. Dawkowanie w leczeniu opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego w schemacie:

1.2.1. PVd

Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).

Pomalidomid: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-14 każdego cyklu.

Bortezomib: zalecana dawka początkowa: 1,3 mg/m^2 pc. raz na dobę, dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu w cyklach 1-8, a następnie w dniach 1. i 8. każdego kolejnego cyklu.

Deksametazon: zalecana dawka: 20 mg (10 mg u chorych >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.

1.2.2. DVd

Od 1. tygodnia do 24. tygodnia każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie) = pierwsze 8 cykli.

Od 25. tygodnia każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Daratumumab i.v. w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.

Bortezomib: w dawce 1,3 mg/m^2 pc. dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli.

Deksametazon: w dawce 20 mg doustnie w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli (tj. w dawce 80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75

a) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,
b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
e) oznaczenie klirensu kreatyniny;

4) dodatkowo w przypadku schematu *Kd*, *KRd*:
a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
b) elektrokardiografia (EKG);
5) dodatkowo w przypadku schematu *Tec* – oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG).

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

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;
4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;
5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
6) oznaczenie stężenia elektrolitów;
7) oznaczenie stężenia CRP;
8) oznaczenie stężenia ferrytyny;
9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
10) oznaczenie APTT;
11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego w schemacie:

1.3.1. PVd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym schemat zawierający *lenalidomid*, i w trakcie leczenia nastąpiła progresja choroby;
2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50x10^9/l$, (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby).

1.3.2. DVd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) nie stwierdzono oporności na leczenie *bortezomibem*.

1.3.3. DRd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 0,5x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30x10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $<75x10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).

1.3.4. Kd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;

lat, BMI < 18,5, ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami).

1.2.3. DRd

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Daratumumab i.v. w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.

Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.

U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa *lenalidomidu* powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.

Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka *lenalidomidu* w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.

Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat).

1.2.4. Kd

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Karfilzomib podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dniach 1., 8. i 15 każdego cyklu w dawce:

1) początkowej 20 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do:
2) 70 mg/m^2 pc. w dniu 8. i 15. cyklu 1., a następnie:

12) oznaczenie stężenia fibrynogenu;
13) oznaczenie stężenia D-dimerów.

O częstości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz.

Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy.

Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu zalecane jest nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia, a po 6 cyklu leczenia należy wykonać badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia zgodnie z aktualnymi, ujednoliconymi kryteriami przyjętymi przez International Myeloma Working Group (IMWG), w tym m.in.:

1) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;
2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
5) oznaczenie klirensu kreatyniny;
6) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu;

2) bezwzględna liczba neutrofili ≥1,0x10^9/l; liczba płytek krwi ≥50x10^9/l lub ≥30x10^9/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne;
3) LVEF ≥40%;
4) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;
5) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;
6) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.

1.3.5. KRd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) bezwzględna liczba neutrofili ≥0,5x10^9/l; liczba płytek krwi ≥30x10^9/l (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <75x10^9/l decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla *lenalidomidu*);
3) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;
4) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;
5) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych
3) w dawce 70 mg/m^2 pc. w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu.

Dawkowanie *karfilzomibu* może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem.

Deksametazon: 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*.

1.2.5. KRd

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Karfilzomib podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dawce:

1) początkowej 20 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. i 2. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do:
2) 27 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniu 8., 9., 15. i 16. cyklu 1., a następnie:
3) w dawce 27 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 8., 9., 15. i 16. w cyklach 2-12, a następnie:
4) w dawce 27 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 15. i 16. w cyklach 13-18.

Pacjenci, u których pc. jest większa niż 2,2 m^2 powinni otrzymywać dawkę *karfilzomibu* obliczoną dla pc. wynoszącej 2,2 m^2, 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
7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

4. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
   a) rygorystyczna całkowita odpowiedź (sCR),
   b) całkowita odpowiedź (CR),
   c) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),
   d) częściowa odpowiedź (PR),
   e) choroba stabilna (SD),
   f) brak odpowiedzi (NR),
   g) progresja choroby (PD),
   h) przeżycie bez progresji choroby (PFS),

farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym. **1.3.6. IRd** 1) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia szpiczaka plazmocytowego; 2) obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka, tj.: delecji w chromosomie 17 – del(17p), lub translokacji t(4;14), lub translokacji t(14;16); 3) brak oporności na leczenie *lenalidomidem*; 4) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1{,}0 \times 10^9$/l; liczba płytek krwi $\geq 75 \times 10^9$/l lub $\geq 30 \times 10^9$/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne. **1.3.7. Pd** 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające *lenalidomid* i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1 \times 10^9$/l; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9$/l (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). **1.3.8. EloPd** 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające *lenalidomid* i inhibitor proteasomu;	Produktu Leczniczego). Nie należy podawać *karfilzomibu* w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m^2 pc. jest podawana przez 10 minut. Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa *lenalidomidu* powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka *lenalidomidu* w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. Deksametazon: zalecana dawka 40 mg (20 mg u chorych >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*. **1.2.6. IRd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Iksazomib: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu. Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa *lenalidomidu* powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a	i) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50x10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej). **1.3.9. IsaPd** 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające *lenalidomid* i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) brak oporności na leczenie *pomalidomidem*; 4) bezpośrednio przed pierwszym podaniem *izatuksymabu* szacunkowy wskaźnik przesączania kłębuszkowego (eGFR) <60 ml/min/1,73 m^2 pow. ciała; 5) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50x10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej). **1.3.10. Tec** 1) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anty-CD38; 3) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 4) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1,0x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50x10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości, o ile	maksymalna dawka *lenalidomidu* w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. **1.2.7. Pd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Pomalidomid: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. 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. Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. **1.2.8. EloPd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Elotuzumab: 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. Pomalidomid: 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. 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.	

wynika to z aktywności choroby). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii schematem: 1) *DVTd* – leczenie trwa do maksymalnie 4 cykli (16 tygodni) w leczeniu indukcyjnym, oraz do maksymalnie 2 cykli (8 tygodni) w leczeniu konsolidującym; 2) *KRd* – leczenie *karfilzomibem* w skojarzeniu z *lenalidomidem* i *deksametazonem* trwa maksymalnie do 18 cykli, następnie kontynuowane jest leczenie *lenalidomidem* i *deksametazonem*. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia – nie dotyczy stosowania terapii według schematu *DRd w 1. linii leczenia*;	Deksametazon w dniach, w których podawany jest *elotuzumab*: 1) u pacjentów w wieku ≤ 75 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*, 2) u pacjentów w wieku >75 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*. *Deksametazon* w dniach, w których nie jest podawany *elotuzumab*, a w których zaplanowane jest podanie dawki *deksametazonu*, tj. w dniach 8., 15. i 22. każdego cyklu od 3. cyklu: 1) u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: w dawce 40 mg doustnie, 2) u pacjentów w wieku > 75 lat: w dawce 20 mg doustnie. **1.2.9. IsaPd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Izatuksymab: 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. Pomalidomid: zalecana dawka: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. 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.	

3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego; 8) powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy schematów zawierających leki podawane dożylnie.	Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie lub dożylnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. **1.2.10. Tec** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Teklistamab: leczenie teklistamabem należy rozpocząć od dawek startowych 0,06 mg/kg m.c. i 0,3 mg mg/kg m.c., zgodnie ze schematem stopniowego zwiększania dawki teklistamabu opisanym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tego leku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS). Następnie, po zastosowaniu schematu stopniowego zwiększania dawki, zalecana dawka teklistamabu to 1,5 mg/kg m.c., podawana podskórnie 1 raz w tygodniu. U pacjentów, którzy mieli całkowitą odpowiedź (CR) lub rygorystyczną CR (sCR) przez co najmniej 6 miesięcy, można rozważyć zmniejszenie częstości dawkowania do 1,5 mg/kg mc. co dwa tygodnie. Przed podaniem każdej dawki teklistamabu należy zastosować produkty lecznicze w premedykacji, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia CRS. **2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	

	Zaleca się profilaktykę żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami. W przypadku leczenia *daratumumabem, teklistamabem* lub inhibitorami proteasomu, przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV. <u>Leki podawane w infuzji:</u> Przed i po infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Zmiany szybkości infuzji powinny być prowadzone zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W przypadku trwałego zakończenia podawania dowolnego produktu leczniczego wchodzącego w skład schematu leczenia, dalsze podawanie pozostałych produktów leczniczych zależy od decyzji lekarza.	

Załącznik B.55.

LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10: K51)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego finansowane są następujące terapie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG): 1) **infliksymab;** 2) **wedolizumab;** 3) **tofacytynib;** 4) **ustekinumab;** 5) **filgotynib;** 6) **ozanimod;** 7) **upadacytynib.** Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo wedolizumabu albo tofacytynibu albo ustekinumabu albo filgotynibu albo ozanimodu albo upadacytynibu w przypadku wystąpienia nieakceptowalnych objawów niepożądanych lub nietolerancji leczenia lub braku odpowiedzi na leczenie zdefiniowanej w punkcie 3. poniżej. W momencie zmiany leczenia w ramach programu lekowego nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.	**1. Dawkowanie** Dawkowanie infliksymabu, wedolizumabu, tofacytynibu, ustekinumabu, filgotynibu, ozanimodu, upadacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL). **2. Modyfikacje dawkowania** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną CHPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem, upadacytynibem, filgotynibem oraz ozanimodem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) bilirubina – w przypadku ozanimodu; 5) kreatynina; 6) białko C-reaktywne; 7) badanie ogólne moczu; 8) test Quantiferon; 9) antygen HBs oraz przeciwciała anty-HBcAg total; 10) przeciwciała anty HCV; 11) badanie w kierunku wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 12) stężenie elektrolitów w surowicy; 13) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 14) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);

1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie 1) wiek od 6 lat życia w przypadku infliksymabu albo wiek od 18 lat w przypadku wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu lub filgotynibem lub ozanimodu lub upadacytynibu; 2) pacjenci z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną postacią WZJG (ocena ≥6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥18 lat albo ocena ≥35 punktów w skali PUCAI u osób w wieku <18 lat): a) hospitalizowani z powodu ciężkiego rzutu choroby z niedostateczną odpowiedzią na 3-5 dniowe dożylne leczenie kortykosteroidami lub przeciwwskazaniem do takiego leczenia lub b) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA) lub c) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA) lub d) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA) lub e) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA); 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;		15) badanie endoskopowe; 16) posiew kału w kierunku bakterii i grzybów; 17) badanie kału na toksynę *Clostridioides Difficile*; 18) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem; 19) kalprotektyna; 20) określenie początkowej wartości wskaźnika Mayo u dorosłych albo PUCAI u dzieci i młodzieży. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI; 2) ocena stopnia aktywności choroby między 6 a 14 tygodniem od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo lub w skali PUCAI; 3) morfologia krwi obwodowej; 4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii albo ocenę w skali PUCAI przynajmniej co 16 tygodni. **2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem**

4) brak przeciwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL (jeśli dotyczy). Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo wedolizumabem albo tofacytynibem albo ustekinumabem albo filgotynibem albo ozanimodem albo upadacytynibem, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali Mayo albo PUCAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI. 1) infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni,		W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem; 4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni. **2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii lub spadku stężenia hemoglobiny);

b) leczenie podtrzymujące infliksymabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo lub PUCAI; 2) wedolizumab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylnej), b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona do 14 tygodnia od rozpoczęcia terapii, a następnie co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo; 3) tofacytynib a) terapia indukcyjna: 8 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 8 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 8 tygodni leczenia, b) leczenie podtrzymujące tofacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 4) ustekinumab a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylnej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej), b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem w postaci podskórnej może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji		4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postepowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (± 2 tyg.). **2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca po zakończeniu leczenia indukcyjnego jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem; 3) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni. **2.5. Monitorowanie leczenia filgotynibem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:

leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 5) filgotynib a) terapia indukcyjna: 10 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 10 tygodni leczenia, b) leczenie podtrzymujące filgotynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzana co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo; 6) ozanimod a) terapia indukcyjna: 10 tygodni, b) leczenie podtrzymujące ozanimodem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 7) upadacytynib a) terapia indukcyjna: 8 – 16 tygodni, b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo. **3. Zakończenie leczenia w programie**		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 (neutrofili) oraz limfocytów w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii); 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 10 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postepowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach leczenia. **2.6. Monitorowanie leczenia ozanimodem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 5 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 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

1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		limfocytów <0,2 × 10^9/l należy przerwać leczenie ozanimodem do czasu, gdy stężenie limfocytów powróci do poziomu >0,5 × 10^9/l, wówczas można rozważyć ponowne rozpoczęcie leczenia ozanimodem); 4) stężenia aminotransferaz i stężenie bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana dłużej niż 12 miesięcy, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać nie rzadziej niż co 6 miesięcy. **2.7. Monitorowanie leczenia upadacytynibem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów w 2 i 4 tygodniu; 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postepowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.

		Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (± 2 tyg.). **2.8. Optymalizacja leczenia** W celu optymalizacji leczenia oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia infliksymabem, wedolizumabem, lub ustekinumabem, można wykonać oznaczenie poziomu leku przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku. Ponadto można wykonać oznaczanie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż cztery razy do roku w trakcie trwania leczenia. Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca. **2.9. Monitorowanie skuteczności leczenia** Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wskaźników skuteczności terapii finansowanych w programie, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, tj.: – odpowiedź na leczenie rozumiana jako spadek w całkowitej skali Mayo o co najmniej 3 pkt, w tym o co najmniej 1 punkt w endoskopowej skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI – ocena na koniec okresu indukcji; – remisja kliniczna rozumiana jako liczba luźnych stolców na poziomie normalnym oraz nieobecność krwawień z odbytu (wynik 0 w skali PRO-2) bez konieczności stosowania steroidów, bez konieczności leczenia

		chirurgicznego, w przypadku gdy lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego; – utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie indukcyjne - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – wystąpienie istotnych działań niepożądanych rozumiane jako konieczność zaprzestania terapii danym lekiem z powodu działań niepożądanych - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt *2.9 Monitorowanie skuteczności leczenia* dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.56.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się tylko jedną linię hormonoterapii lekiem nowej generacji i jedną linię terapii inhibitorem PARP z wykorzystaniem substancji: 1) apalutamid; 2) darolutamid; 3) enzalutamid; 4) olaparyb. W leczeniu **wrażliwego na kastrację** raka gruczołu krokowego **z przerzutami** (mHSPC) stosowany jest **apalutamid** albo **darolutamid** albo **enzalutamid.** W leczeniu **opornego na kastrację** raka gruczołu krokowego **bez przerzutów** (nmCRPC) stosowany jest **apalutamid** albo **darolutamid** albo **enzalutamid.** W leczeniu **opornego na kastrację** raka gruczołu krokowego **z przerzutami** (mCRPC) stosowany jest **enzalutamid** albo **olaparyb.** W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowym antyandrogenemoraz olaparybem. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie leków** U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH. 1) **apalutamid:** zalecana dawka wynosi 240 mg (cztery tabletki po 60 mg) i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. 2) **darolutamid:** zalecana dawka wynosi 600 mg (dwie tabletki po 300 mg) przyjmowane dwa razy na dobę, co stanowi równoważność całkowitej dawki dobowej wynoszącej 1200 mg. Lek należy połykać w całości z pokarmem. U pacjentów z mHSPC leczenie darolutamidem należy rozpocząć w skojarzeniu z docetakselem. Pierwszy z 6 cykli docetakselu należy podać w ciągu 6 tygodni od rozpoczęcia leczenia darolutamidem. Leczenie mHSPC należy kontynuować do czasu progresji choroby lub wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności, nawet jeśli podanie kolejnego kursu docetakselu jest	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia PSA; 4) oznaczenie stężenia testosteronu; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem także wyliczenie klirensu kreatyniny); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) scyntygrafia kośćca; 10) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny w zależności od sytuacji klinicznej); 11) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem,

1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;
2) ukończony 18. rok życia;
3) stan sprawności:
   a) 0-1 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem (nmCRPC), enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu);

   albo

   b) 0-2 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), darolutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mHSPC, mCRPC po wcześniejszym leczeniu docetakselem) olaparybem;
4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);
5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
6) nieobecność schorzeń lub stanów stanowiących przeciwskazanie do zastosowania terapii;
7) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
8) brak rozpoznania raka stercza z różnicowaniem neuroendokrynnym lub raka drobnokomórkowego lub raka przewodowego.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji

1.2.1. Chorych na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami apalutamidem albo enzalutamidem albo darolutamidem w skojarzeniu z docetakselem

1) stadium wrażliwości na kastrację;
2) udokumentowana możliwość rozpoczęcia leczenia docetakselem (w przypadku leczenia darolutamidem);

opóźnione lub leczenie docetakselem przedwczesnie zakończono.

3) **enzalutamid:** zalecana dawka wynosi 160 mg (cztery tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.

Leków hormonalnych nowej generacji nie należy stosować równocześnie z docetakselem (za wyjątkiem darolutamidu w mHSPC) ani innymi antyandrogenami lub inhibitorami CYP17.

4) **olaparyb:** zalecana dawka wynosi 300 mg (dwie tabletki po 150 mg) dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej 600 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. Lek stosuje się w monoterapii (za wyjątkiem leczenia skojarzonego z analogiem lub antagonistą LHRH).

2. Modyfikacja dawkowania leków

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

enzalutamidem chorych na nmCRPC);
12) rentgenografia lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC;
13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania obrazowe powinny być wykonane w ciągu 3 miesięcy przed włączeniem do programu.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwiać późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST lub PCWG.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem), albo olaparybem);
2) oznaczenie stężenia bilirubiny (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem);
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem);
4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem);

3) zakończone leczenie docetakselem albo decyzja lekarza o odstąpieniu od stosowania docetakselu wraz z jej uzasadnieniem (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem); 4) brak cech radiologicznej lub biochemicznej progresji u chorych leczonych deprywacją androgenów przed włączeniem do programu; 5) obecność przerzutów potwierdzona w badaniu scyntygrafii kości lub przerzutów do tkanek miękkich lub przerzutów trzewnych w badaniach obrazowych (TK/MR), w przypadku występowania wyłącznie przerzutów do węzłów chłonnych do programu mogą zakwalifikować się jedynie pacjenci z przerzutami nieregionalnymi (tj. występującymi powyżej rozwidlenia aorty); 6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie o założeniu radykalnym, w tym stosowanie hormonoterapii uzupełniającej przez maksymalnie 3 lata, o ile została zakończona co najmniej rok wcześniej; 7) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie deprywacją androgenów (kastracja farmakologiczna lub chirurgiczna), ale nie dłużej niż 6 miesięcy na etapie choroby przerzutowej; 8) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu; 9) niestosowanie leków antyresorpcyjnych wpływających na metabolizm kostny (nie dotyczy leków stosowanych w leczeniu lub profilaktyce osteoporozy); **1.2.2. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem** 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2; 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml; 3) brak przerzutów odległych (cecha M0, dopuszczalne są jedynie przerzuty w		5) oznaczenie stężenia kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem także wyliczenie klirensu kreatyniny); Badania laboratoryjne wykonuje się: – badania krwi regularnie co 2-3 miesiące, również przy braku wskazań klinicznych; – przed podaniem każdej dawki leku w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem), – morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu kreatyniny nie rzadziej niż co 1 miesiąc (w przypadku leczenia olaparybem). **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) oznaczenie stężenia PSA, nie rzadziej niż co 3 miesiące, a w przypadku wskazań klinicznych decyzją lekarza kolejne oznaczenia mogą być wykonywane częściej; 2) badania obrazowe (RTG/TK/MR) w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji, nie rzadziej niż co 6 miesięcy; 3) scyntygrafia nie rzadziej niż co 6 miesięcy; 4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej. Badania oceniające odpowiedź powinny być wykonywane zawsze przy klinicznym podejrzeniu progresji.

węzłach chłonnych poniżej rozwidlenia aorty, o ile w krótkim wymiarze mają mniej niż 2 cm – cecha N1) na podstawie scyntygrafii kości oraz tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego lub rentgenografii klatki piersiowej; 4) wysokie ryzyko rozwoju przerzutów, zdefiniowane jako czas podwojenia stężenia PSA (PSA doubling time – PSA DT) ≤ 10 miesięcy; 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu; 6) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem). **1.2.3. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami enzalutamidem przed zastosowaniem docetakselu (gdy zastosowanie chemioterapii nie jest wskazane klinicznie) lub po zastosowaniu docetakselu** 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2; 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml lub progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych; 3) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu. **1.2.4. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami olaparybem**		Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR) albo nonCR/nonPD, c) stabilizacja (SD) albo non/CR/nonPD, d) progresja (PD), e) całkowite przeżycie (OS) albo czas wolny od progresji (PFS). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje

1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2; 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml lub progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych; 3) progresja choroby podczas terapii lekiem hormonalnym nowej generacji (możliwe wcześniejsze zastosowanie docetakselu lub kabazytakselu przed lub po leku hormonalnym nowej generacji, o ile stwierdzono nieskuteczność chemioterapii); 4) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie *BRCA1* lub *BRCA2*; 5) u chorych z klirensem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie**		przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt 3. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów: a) progresji choroby określonej na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec najniższej wartości osiągniętej w trakcie terapii (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml, chyba że lekarz prowadzący uzna, że leczenie przynosi udokumentowaną korzyść kliniczną i nieuzasadnione jest (albo niemożliwe) zastosowanie terapii kolejnej linii lub b) progresji choroby ustalonej na podstawie aktualnej klasyfikacji RECIST (dla zmian w tkankach miękkich) lub PCWG (dla zmian w układzie kostnym); 2) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności: a) do stopnia 2-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem (nmCRPC), enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu), albo b) do stopnia 3-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), darolutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mHSPC, mCRPC po wcześniejszym leczeniu docetakselem), olaparybem; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;		

5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 6) klinicznie istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		

Załącznik B.57.

LECZENIE PACJENTÓW ZE SPASTYCZNOŚCIĄ KOŃCZYN Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD–10: I61, I63, I69, G35, G80, G82, G83, T90, T91)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *toxinum botulinum*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Dysport kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7 lub 1,2,5,7 lub 1,3,4,7 lub 1,3,5,7. Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Botox kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7 lub 1,2,5,6,7. Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Xeomin kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7. 1) wiek od 18 roku życia; 2) pacjenci po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala; 3) pacjenci: a) po przebytym urazie OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala;	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Maksymalne dawki na sesję: 1) Botox: kończyna górna i dolna 600 j. (tylko kończyna górna – 350 j., tylko kończyna dolna – 400 j.); 2) Dysport: kończyna górna i dolna 1500 j. (tylko kończyna górna – 1100 j., tylko kończyna dolna – 1500 j.); 3) Xeomin: tylko kończyna górna - 500 j. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie neurologiczne: a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS, b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych), c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością; 2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR $\leq$ 2,5). **2. Monitorowanie leczenia** Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku. Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się: 1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o

lub b) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35); lub c) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80); lub d) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83) 4) pacjenci z potwierdzoną spastycznością kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; 5) pacjenci z potwierdzoną spastycznością kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; 6) pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej; 7) brak przeciwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Maksymalnie finansuje się 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.	mięśnia lub ultrasonografii (USG).	minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku; 2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale); 3) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych); 4) ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością. W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia: a) zmiana wyniku w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS, b) efekt podania leku według lekarza i według pacjenta monitorowany za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale), c) wynik testu oceniającego stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS względem wartości wyjściowych; 2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia; 8) ciąża lub karmienie piersią.		leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ

Załącznik B.58.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA PRZEŁYKU, POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWEGO I ŻOŁĄDKA (ICD-10: C15-C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
LECZENIE RAKA PRZEŁYKU I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWEGO		
Indeks wykorzystanych skrótów: AEG - ang. *adenocarcinoma of the esophagogastric* junction, gruczolakorak połączenia żołądkowo-przełykowego EAC - ang. *esophageal adenocarcinoma*, gruczolakorak przełyku ESCC - ang. *esophageal squamous cell carcinoma*, płaskonabłonkowy rak przełyku		
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: 1) ***pembrolizumab*;** 2) ***niwolumab*;** 3) ***ipilimumab*.** Leczenie **uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego** obejmuje: 1) leczenie adiuwantowe ***niwolumabem*** w **monoterapii** dorosłych pacjentów z rakiem przełyku (płaskonabłonkowym lub gruczołowym) lub połączenia żołądkowo-przełykowego, z	**1. Modyfikacja dawkowania** 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. **2. Dawkowanie** **2.1. *pembrolizumab*** Zalecana dawka ***pembrolizumabu*: 200 mg co 3 tygodnie** lub **400 mg co 6 tygodni**.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia określonego typu raka przełyku lub połączenia przełykowo-żołądkowego zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; 2) stwierdzenie choroby resztkowej ≥ ypT1 lub ≥ ypN1 po zabiegu chirurgicznym R0 – dotyczy leczenia uzupełniające *niwolumabem* w monoterapii; 3) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 – dotyczy leczenia chorych na gruczolakoraka *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią oraz *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią; 4) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score):

chorobą resztkową, po wcześniejszej chemioradioterapii neoadiuwantowej.

U pacjentów kwalifikowanych do leczenia wymagane jest wcześniejsze zastosowanie chemioradioterapii w leczeniu neoadiuwantowym oraz przeprowadzenie resekcji chirurgicznej (R0), wykonanej nie wcześniej niż 16 tygodni przed włączeniem do programu.

Leczenie **zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku (ESCC)** obejmuje:

1) leczenie ***niwolumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą ***fluoropirymidynę*** i **pochodną *platyny*** albo z ***ipilimumabem*** dorosłych pacjentów z zaawansowanym nieoperacyjnym, nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem przełyku z ekspresją PDL-1 ≥ 1% (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 ***pembrolizumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą **pochodną *platyny*** i ***fluoropirymidynę*** dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym płaskonabłonkowym rakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami z ekspresją PDL-1 wg skali CPS ≥ 10 (I linia leczenia).

   Do leczenia *pembrolizumabem* kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku nieoperacyjnego lub z

Dawkowanie **chemioterapii** stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.

2.2. *niwolumab w monoterapii*

Zalecana dawka ***niwolumabu*** w ESCC: **240 mg co 2 tygodnie**.

Zalecana dawka ***niwolumabu*** w leczeniu uzupełniającym: **240 mg co 2 tygodnie** lub **480 mg co 4 tygodnie przez pierwsze 16 tygodni**, a następnie **480 mg co 4 tygodnie.**

2.3. *niwolumab w skojarzeniu z chemioterapią*

Zalecana dawka ***niwolumabu*** w EAC**: 360 mg co 3 tygodnie** lub **240 mg co 2 tygodnie**.

Zalecana dawka ***niwolumabu*** w ESCC: **240 mg co 2 tygodnie** lub **480 mg co 4 tygodnie**

Dawkowanie **chemioterapii** opartej na *fluoropirymidynie* (*5FU*) i pochodnej *platyny* w leczeniu skojarzonym z *niwolumabem* prowadzone jest zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.

W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia *niwolumabem.*

2.4. *niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem*

   – ≥ 5 w przypadku leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią,

   – ≥ 10 w przypadku leczenia *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią;

5) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg TPS (tumor proportion score) ≥ 1 % - dotyczy leczenia ESCC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*;

6) morfologia krwi z rozmazem;

7) oznaczenie stężenia kreatyniny;

8) oznaczanie stężenia glukozy;

9) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;

10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

12) oznaczenie poziomu sodu, potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem*;

13) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia *pembrolizumabem*;

14) oznaczenie poziomu fT4 i TSH;

15) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;

16) elektrokardiografia (EKG) – dotyczy leczenia *niwolumabem*;

17) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów (tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej);

18) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

przerzutami, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie). 3) leczenie ***niwolumabem*** w monoterapii dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym zaawansowanym, nawracającym lub przerzutowym rakiem płaskonabłonkowym przełyku, którzy wcześniej otrzymywali chemioterapię opartą na pochodnych *platyny* w skojarzeniu z *fluoropirymidyną* (II linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej *platyny* i *fluoropirymidynie*: a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia lub b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii. Stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie. Leczenie **zaawansowanego gruczolakoraka przełyku (EAC) lub połączenia żołądkowo-przełykowego (AEG)** obejmuje: 1) leczenie ***niwolumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** skojarzoną opartą na ***fluoropirymidynie*** (***5FU***) i pochodnej ***platyny*** (***oksaliplatynie*** lub ***kapecytabinie*** - według schematu ***CAPOX*** lub ***FOLFOX***) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem przełyku z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 5 (I linia leczenia).	Zalecana dawka ***niwolumabu*** w skojarzeniu z ***ipilimumabem***: **3 mg/kg mc. co 2 tygodnie** lub **360 mg co 3 tygodnie**. Zalecana dawka ***ipilimumabu***: **1 mg/kg mc. co 6 tygodni**. W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania *ipilimumabu* możliwe jest odstawienie *ipilimumabu* i kontynuowanie leczenia *niwolumabem* w monoterapii.	1) morfologia krwi; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia *niwolumabem*; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia sodu i potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem*; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia *pembrolizumabem*; 9) oznaczenie wolnej T4 i TSH; 10) EKG – dotyczy leczenia *niwolumabem*. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjent w przypadku leczenia ESCC lub EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*, – nie rzadziej niż co 8 tyg. w zależności od sytuacji klinicznej w przypadku leczenia *niwolumabem* w monoterapii (leczenie uzupełniające i leczenie ESCC), – przed każdym podaniem *ipilimumabu*, – u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem*, badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyka kliniczną, – przed każdym podaniem chemioterapii stosowanej w terapii skojarzonej z *pembrolizumabem* należy wykonać badania wymienione w ppkt 1), 2), 4), 5), 6), 8),

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 ≥ 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 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

2) histologicznie potwierdzony: – rak przełyku (płaskonabłonkowy lub gruczołowy) lub połączenia żołądkowo-przełykowego bez przerzutów odległych z chorobą ocenioną mikroskopowo ≥ ypT1 lub ≥ ypN1 - dotyczy leczenia uzupełniającego *niwolumabem* w monoterapii, – rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym o zaawansowaniu lokoregionalnym – dotyczy leczenia ESCC *niwolumabem* w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*, – 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 *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią, – gruczolakorak przełyku nieoperacyjny miejscowo zaawansowany lub przerzutowy – dotyczy leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią; 3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score): – ≥ 5 w przypadku leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią, – ≥ 10 w przypadku leczenia *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią; 4) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg TPS (tumor proportion score) ≥ 1 % – dotyczy leczenia ESCC		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.

niwolumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*; 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 *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią oraz leczenia EAC lub AEG *pembrolizumabem*; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 7) sprawność w stopniu 0-1 według skali ECOG; 8) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 11) nieobecność objawowych przerzutów do OUN; 12) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego; 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 14) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 15) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;		

16) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni 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 w programie** Leczenie *niwolumabem* lub *pembrolizumabem* trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. W przypadku leczenia *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią (ESCC albo EAC) albo *ipilimumabem* (ESCC) u pacjentów bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie *niwolumabem* trwa maksymalnie 24 miesiące. W przypadku leczenia uzupełniającego (adiuwantowego) *niwolumabem* w monoterapii leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić: – 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*, – 8 tygodni w przypadku leczenia uzupełniającego *niwolumabem* w monoterapii, – 6 tygodni w przypadku leczenia *pembrolizumabem*. **3. Kryteria wyłączenia**		

1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
LECZENIE RAKA ŻOŁĄDKA I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWEGO		
W programie finansuje się trzy linie leczenia zaawansowanego raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego substancjami: 1) ***niwolumab***; 2) ***ramucyrumab***; 3) ***triflurydyna z typiracylem.***	**1. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania ogólne** 1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia gruczolakoraka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem;

Leczenie **zaawansowanego gruczolakoraka raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego** obejmuje: 1) leczenie ***niwolumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** skojarzoną opartą na ***fluoropirymidynie* (*5FU*) i pochodnej *platyny*** (***oksaliplatynie*** lub ***kapecytabinie*** - według schematu ***CAPOX*** lub ***FOLFOX***) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 5 (I linia leczenia). 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 progresja choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi *platyny* i *fluoropirymidyną*. 3) leczenie ***trifluridyną*** 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/m2**, podawana we wlewie dożylnym **w 1., 8. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni.** Przed podaniem *ramucyrumabu* we wlewie zaleca się premedykację antagonistą receptora histaminowego H1 (na przykład difenhydraminą). W przypadku wystąpienia u pacjenta reakcji nadwrażliwości, postępowanie,	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) ≥ 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);

obejmujących *fluoropirymidynę*, *platynę* i *taksany* lub *irynotekan* (III linia leczenia).

Ponadto, w przypadku pacjentów kwalifikujących się do leczenia *triflurydyną* z *typiracylem*, z potwierdzoną nadekspresją receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego wymagana jest wcześniejsza terapia anty-HER2.

W programie istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii z wykorzystaniem *niwolumabu*.

1. Kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego;
3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score) ≥ 5 – dotyczy leczenia *niwolumabem*;
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 *niwolumabem*;
5) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca - dotyczy leczenia *niwolumabem*;
6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
7) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;
8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;

w tym modyfikacja premedykacji, powinno być zgodne z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Premedykacja przed podaniem *paklitakselu* powinna być zgodna z lokalną praktyką kliniczną.

2.3. *triflurydyna z typiracylem*

Dawka *triflurydyny z typiracylem*: **35 mg/m^2 pc./dawkę** dwa razy na dobę **od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu.**

Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z aktualną ChPL.

4) pomiar ciśnienia tętniczego.

1.4. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia ***triflurydyną z typiracylem*:**

1) badanie ogólne moczu.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie stężenia kreatyniny;
3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
6) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia *niwolumabem*;
7) oznaczenie poziomu sodu i potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem*;
8) oznaczenie poziomu fT4 i TSH – dotyczy leczenia *niwolumabem*;
9) badanie parametrów układu krzepnięcia w razie wskazań klinicznych – dotyczy leczenia *ramucyrumabem*;
10) EKG w razie wskazań klinicznych;
11) badanie ogólne moczu – dotyczy leczenia *triflurydyną* z *typiracylem*

Badania wykonuje się:

– nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta w przypadku leczenia *niwolumabem*,

– przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia *ramucyrumabem*,

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 praktyka 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;

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 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.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ; 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Załącznik B.59.

LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10: C43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie systemowe substancjami: *1) niwolumab;* *2) pembrolizumab;* *3) niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem;* *4) wemurafenib w skojarzeniu z kobimetynibem;* *5) enkorafenib w skojarzeniu z binimetynibem;* *6) dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem;* *7) niwolumab w skojarzeniu z relatlimabem.* W leczeniu uzupełniającym finansuje się substancje: *1) niwolumab;* *2) pembrolizumab;* *3) dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem.* **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie** Szczegóły sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. **1.1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabu w skojarzeniu z relatlimabem** Terapie te nie mogą być stosowane łącznie z: 1) innym przeciwciałem monoklonalnym (nie dotyczy skojarzenia niwolumabu z ipilimumabem i skojarzenia niwolumabu z relatlimabem); 2) inhibitorem kinazy BRAF; 3) inhibitorem kinazy MEK. **1.1.1.** Zalecane dawki dla terapii niwolumabem: 1) 240 mg co 2 tygodnie lub 2) 480 mg co 4 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) badanie histologiczne potwierdzające obecność czerniaka; 2) ocena obecności mutacji BRAF V600 – nie dotyczy terapii czerniaka w stopniu IIB lub IIC; 3) ocena ekspresji PDL1 na komórkach nowotworu – dla terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 4) wykluczenie przerzutów w biopsji węzłów wartowniczych – dla terapii uzupełniającej pembrolizumabem czerniaka w stopniu IIB lub IIC; 5) morfologia krwi z rozmazem; 6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 9) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi; 10) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem, dabrafenibem z trametynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem;

1) wiek 18 lat i powyżej (dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem wiek 12 lat i powyżej); 2) histopatologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych: a) w stadium IIB lub IIC (dotyczy terapii uzupełniającej pembrolizumabem), b) w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV – dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem lub wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem, c) po całkowitym wycięciu w stopniu zaawansowania III (dla terapii uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem) lub z przerzutami odległymi (tylko dla terapii uzupełniającej niwolumabem); 3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST – nie dotyczy leczenia uzupełniającego; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;	**1.1.2.** Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem: Niwolumab w dawce 1 mg/kg m.c. oraz ipilimumab w dawce 3 mg/kg m.c., co 3 tygodnie dla czterech pierwszych dawek. **1.1.3.** Zalecane dawki dla terapii pembrolizumabem: 1) 200 mg co 3 tygodnie lub 2) 400 mg co 6 tygodni. **1.1.4.** Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem: Niwolumab w dawce 480 mg i relatlimab w dawce 160 mg co 4 tygodnie. Dopuszcza się możliwość zawieszenia terapii niwolumabem (w tym u tych chorych, którzy otrzymywali skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem) lub pembrolizumabem po okresie minimum 6 miesięcy trwania terapii u chorych, u których uzyskano korzyść kliniczną (stabilizacja choroby, częściowa lub całkowita odpowiedź wg RECIST) pod następującymi warunkami: 1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach; 2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku; 3) obopólna, udokumentowana decyzja i zgoda zarówno lekarza jak i pacjenta na zawieszenie terapii. W przypadku wystąpienia progresji istnieje możliwość powrotu do tego leczenia, o ile pacjent nie spełnia kryteriów	11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 12) oznaczenie stężenia mocznika we krwi; 13) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi; 14) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu); 15) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 16) ogólne badanie moczu dla leczonych niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem; 17) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną całej skóry; 18) pomiar masy ciała; 19) ocena sprawności w skali ECOG; 20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 21) elektrokardiogram (EKG); 22) badania obrazowe w celu oceny zmian nowotworowych; 23) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu; badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy w celu udokumentowania zmian przerzutowych; 24) inne badania laboratoryjne i obrazowe (w tym scyntygrafia) w razie wskazań klinicznych.

7) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu; 8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii** **1.2.1.** *niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem* 1) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu) oraz a) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego czerniaka skóry lub b) nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe stosowane w zaawansowanym stadium czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlimabem). Farmakologiczne leczenie systemowe (w tym z użyciem anty-PD-1) w stadium zaawansowanym nie obejmuje uzupełniającego leczenia pooperacyjnego. Wcześniejsze leczenie uzupełniające terapią anty-PD-l czerniaka w stopniu IIB lub IIC (dotyczy pembrolizumabu), czerniaka z zajęciem węzłów	wyłączenia z programu oraz nie zachodzą inne przeciwwskazania do leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem. **1.2. Dawkowanie wemurafenibu w skojarzeniu z kobimetynibem lub dabrafenibu z trametynibem** W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z powyższych leków w terapii skojarzonej z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przez 1 marca 2017 r. mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem lub dabrafenibem aż do zakończenia leczenia. **1.2.1.** Zalecane dawki dla terapii dabrafenibem z trametynibem: Dabrafenib w dawce 150 mg dwa razy na dobę oraz trametynib w dawce 2 mg raz na dobę. **1.2.2.** Zalecane dawki dla monoterapii dabrafenibem: 150 mg dwa razy na dobę. **1.2.3.** Zalecane dawki dla terapii wemurafenibem w skojarzeniu z kobimetynibem: Wemurafenib w dawce 960 mg dwa razy na dobę oraz kobimetynib w dawce 60 mg raz na dobę. Terapię kobimetynibem prowadzi się w cyklach 28-dniowych: po 21 dniach podawania leku następuje 7-dniowa przerwa.	Dodatkowo dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem: 1) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); 2) badanie okulistyczne ostrości i pola widzenia oraz dna oka. Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 28 dni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST (nie dotyczy leczenia uzupełniającego). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną przedmiotową całej skóry; 2) pomiar masy ciała; 3) ocena sprawności w skali ECOG; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 9) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi;

chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji; nie wyklucza z możliwości zastosowania immunoterapii w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV. 2) potwierdzenie ekspresji PDL1 < 1% na komórkach nowotworu (dotyczy terapii niwolumabem z relatlimabem). **1.2.2.** *skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub terapii skojarzonej dabrafenibem z trametynibem lub terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem* 1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 2) wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms; 3) wykluczone jednoczesne stosowanie chemioterapii. **1.2.3.** *uzupełniającej dabrafenibem w skojarzeniu z trametynibem* 1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 2) całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenoktomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni. **1.2.4.** *uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem* 1) całkowita resekcja czerniaka (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest	**1.3. Dawkowanie enkorafenibu w skojarzeniu z binimetynibem:** **1.3.1.** Zalecane dawki dla terapii enkorafenibem w skojarzeniu z binimetynibem: Enkorafenib w dawce 450 mg raz na dobę oraz binimetynib w dawce 45 mg dwa razy na dobę.	10) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem, dabrafenibem z trametynibemoraz enkorafenibem z binimetynibem; 11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 12) oznaczenie stężenia mocznika we krwi; 13) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi; 14) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu); 15) oznaczenie stężenia TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 16) ogólne badanie moczu - dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem; 17) pomiar temperatury ciała i wywiad w kierunku występowania gorączek; 18) elektrokardiogram (EKG); 19) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem; 20) badanie okulistyczne, w tym dna oka, w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem.

jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji maksymalnie 16 tygodni; 2) potwierdzenie zajęcia węzłów chłonnych (dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem) lub przerzutów odległych (dla terapii niwolumabem) w stadiach zaawansowania III – IV; 3) wykluczenie przerzutów do węzłów wartowniczych – dla terapii pembrolizumabem w stadiach zaawansowania IIB – IIC; 4) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry – za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego; 5) leczenie można rozpocząć w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia. 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, przy czym dla leczenia uzupełniającego łączny czas terapii od rozpoczęcia nie jest dłuższy niż wskazano w punkcie 2. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z		Badania laboratoryjne wykonuje się: 1) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlimabem: co 6 – 12 tygodni; 2) dla pozostałych terapii nie rzadziej niż co 8 – 10 tygodni. Zaleca się, aby wszystkie próbki były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku. Elektrokardiogram wykonuje się po miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania. W przypadku wskazań klinicznych badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej. **2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: badanie TK lub MRI odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania wykonuje się: 1) dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem: co 14 – 18 tygodni;

programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem trwa ona maksymalnie 12 miesięcy. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 2) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnym opiekunów.		2) u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN: co 8 – 14 tygodni; 3) dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem: po 12 tygodniach, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 4) dla terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji. W przypadku chorych leczonych w programie przynajmniej 24 miesiące i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, badania wykonuje się co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji. Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii, badania monitorujące skuteczność leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych oraz w chwili wyłączenia z programu z przyczyn innych niż udokumentowana progresja choroby. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności stosowanych w ramach niniejszego programu terapii określa się indywidualnie dla każdego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: - całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie; - stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD); - całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

		2.3. Kontrola podczas obserwacji chorych, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone 1) ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych; 2) dermatoskopia nowych zmian skórnych; 3) zachęcanie pacjenta do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi; 5) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej lub asparaginianowej we krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 8) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym sodu, potasu, wapnia, magnezu) we krwi; 10) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi; 11) badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych; 12) scyntygrafia kości w razie wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy). Kontrolę pacjenta przeprowadza się: 1) w okresie do 3 lat od zawieszenia: co 3 – 4 miesiące; 2) w okresie kolejnych 3 lat: co 6 – 8 miesięcy; 3) w okresie po 6 latach od zawieszenia: raz w roku, do końca życia, ale tylko badania wymienione w punktach od 1 do 10.

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

Załącznik B.61.

LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ (ICD-10: E72.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. do leczenia systemowego cystynozy nefropatycznej cysteaminą w postaci doustnej** 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego; 2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. do leczenia miejscowego cystynozy nefropatycznej z towarzyszącym odkładaniem się kryształków cystyny w rogówce oka cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu** 1) aktualnie lub w wywiadzie stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego;	**1. Dawkowanie cysteaminy w postaci doustnej** Zalecana dawka dobowa cysteaminy u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m^2 powierzchni ciała / dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobowa leku wynosi 2 g. Preparat podaje się doustnie, cztery razy na dobę, w równych dawkach podzielonych co 6 h. Dawka początkowa powinna stanowić 1/4 do 1/6 zalecanej dawki i być stopniowo zwiększana przez okres 4-6 tygodni, w celu uniknięcia nietolerancji preparatu. W przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, dopuszcza się zwiększenie w/w dawki leku, ale nie przekraczającej 1,95 g/m^2 powierzchni ciała/dobę. **2. Dawkowanie cysteaminy w postaci roztworu kropli do oczu** Zalecana dawka to jedna kropla zakraplana do każdego oka 4 razy na dobę w godzinach dziennych. Pomiędzy każdym zakraplaniem zaleca się zachować 4 godziny odstępu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu, kwasu moczowego, białka całkowitego, albumin, transaminaz (ASPAT, ALAT) w surowicy krwi na czczo; 4) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m^2 powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 5) gazometria krwi żylnej; 6) badanie ogólne moczu; 7) stężenie TSH, fT4; 8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 9) USG jamy brzusznej; 10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR; 11) konsultacja neurologiczna; 12) konsultacja endokrynologiczna;

2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz); 3) zidentyfikowanie kryształków cystyny w badaniu przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym; 4) wiek ≥2 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Leczenie miejscowe cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu może być stosowane jednocześnie z leczeniem systemowym cysteaminą w postaci doustnej. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze; 2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie; 3) nadwrażliwość na penicylaminę;	Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego dawkę można stopniowo zmniejszać (do minimalnej całkowitej dobowej dawki równej 1 kropli zakraplanej do każdego oka) w zależności od wyników badań okulistycznych (np. odkładanie się kryształków cystyny w rogówce, nadwrażliwość na światło).	13) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż.; 14) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym); **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Raz na 90 dni:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu w surowicy krwi na czczo; 3) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m^2 powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 4) gazometria krwi żylnej; 5) badanie ogólne moczu; 6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 7) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR. **2.2. Raz na 180 dni:** 1) stężenie TSH, fT4; 2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym); 3) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej. **2.3. Raz na 365 dni:** 1) USG jamy brzusznej; 2) konsultacja neurologiczna;

4) karmienie piersią; 5) ciąża; 6) rezygnacja pacjenta lub jego opiekunów prawnych; 7) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo zastosowanego leczenia.		3) konsultacja endokrynologiczna; 4) konsultacja psychologiczna; 5) konsultacja gastrologiczna; 6) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.62.

LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu 1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej; 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6); 4) wiek ≥ 18 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)** Do programu włączani są również pacjenci, którzy uprzednio byli leczeni przetoczeniami immunoglobulin w ramach innego programu lekowego lub w ramach JGP, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej z wykorzystaniem Ig spełniali kryteria włączenia do programu.	**1. Substancja czynna:** immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20) **2. Sposób podania:** dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg, fSCIg) **3. Dawkowanie** Dawkowanie, sposób podania i wybór preparatu powinny być ustalone indywidualnie dla każdego pacjenta, w zależności od odpowiedzi na terapię, w aspekcie osiągnięcia odpowiednich parametrów laboratoryjnych oraz zadowalającego stanu klinicznego. **IVIg** (podanie dożylne) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni. **SCIg** (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) poziom glukozy w surowicy krwi; 4) oznaczenie w żylnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych; 5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP); 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR; 7) poziom białka C-reaktywnego (CRP); 8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;

Jeżeli nie można ocenić, czy w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej pacjenci spełniali kryteria włączenia do programu, to leczenie można kontynuować w ramach programu lekowego, pod warunkiem, że przeprowadzone badania lub ocena kliniczna pozwolą na potwierdzenie, że chory spełnia kryteria włączenia do programu.

3. Określenie czasu leczenia w programie

1) terapia substytucyjna Ig pacjentów zakwalifikowanych do programu jest prowadzona do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
2) możliwa jest, wynosząca do 6 miesięcy przerwa dotycząca substytucji Ig, niewymagająca ponownej kwalifikacji pacjenta do udziału w programie lekowym. Decyzje odnośnie długości przerwy podejmuje specjalista immunologii klinicznej, na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz wybranych parametrów laboratoryjnych oznaczanych w trakcie monitorowania leczenia;
3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.

4. Kryteria wyłączenia

1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej

lub

podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.

SCIg+rHuPH20 (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami miedzy infuzjami produktu leczniczego.

Dawkowanie powinno prowadzić do osiągnięcia poziomu IgG w wysokości co najmniej 5,0 g/l (mierzonego w surowicy przed kolejnym podaniem - w przypadku IVIg i fSCIg lub podczas wizyt kontrolnych - w przypadku SCIg i fSCIg).

Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:

1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG,
2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg lub fSCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego,
3) pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do

10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);
11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;
12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.

W przypadku pacjentów nowo zakwalifikowanych do programu lekowego, lecz otrzymujących uprzednio terapię substytucyjną Ig, należy przeprowadzić badania diagnostyczne zgodnie z harmonogramem monitorowania w trakcie programu lekowego.

2. Monitorowanie leczenia

1) poziom IgG (ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych) w surowicy krwi, mierzony przed kolejnym podaniem IV Ig lub wizytą kontrolną lub wydaniem kolejnej dawki preparatu (w przypadku SCIg), co 1-6 miesięcy oraz po przerwie w terapii substytucyjnej;
2) liczebność subpopulacji limfocytów w żylnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych;
3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy;
4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy;
5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy;
6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy;
7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy;
8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy;
9) masa ciała na każdej wizycie;

2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub 3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.	podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia, 4) pacjent otrzymuje preparaty SCIg lub fSCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta, 5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.	10) ciśnienie krwi na każdej wizycie; 11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych); 12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego; 13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.64.

LECZENIE HORMONEM WZROSTU NISKOROSŁYCH DZIECI URODZONYCH JAKO ZBYT MAŁE W PORÓWNANIU DO CZASU TRWANIA CIĄŻY (SGA lub IUGR) (ICD-10 R 62.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej −2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych; 2) wiek > 4 lat; 3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej −1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji); 5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości; 7) stężenie hormonu wzrostu ≥ 10 nq/ml stwierdzone na podstawie 2 spośród 4 testów stymulacji sekrecji tego hormonu lub na podstawie testu nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu); 8) brak przeciwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,48–1,29 IU/kg/tydz. (0,16–0,43 mg/kg/tydz.), optymalnie ok. 0,75 IU/kg/tydz. (0,25 mg/kg/tydz.).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1C}); 5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 6) pomiar stężeń triglicerydów; 7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 8) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 9) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) badanie dna oka; 12) pomiar stężenia TSH; 13) pomiar stężenia fT_4; 14) pomiar stężenia fT_3; 15) RTG śródręcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego, 16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 17) morfologia krwi z rozmazem; 18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu:

1) objawy pseudo-tumor cerebri;
2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej;
3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci.

O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań.

3. Kryteria wyłączenia

1) złuszczenie głowy kości udowej;
2) pseudo-tumor cerebri;
3) cukrzyca;
4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy;
6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok;
7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca;
8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała;
9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe;
10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych;
11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci

konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;

19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;
20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu:
    a) test z insuliną,
    b) test z klonidyną,
    c) test z glukagonem,
    d) test z levodopą;
21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI);
22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o kariotyp lub badanie molekularne;
23) USG jamy brzusznej;
24) USG serca;
25) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

2. Monitorowanie leczenia

2.1 Po 90 dniach jednorazowo od rozpoczęcia terapii

1) pomiar stężenia IGF-1;
2) pomiar stężenia IGFBP3;
3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;
4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

2.2 Co 180 dni

1) pomiar glikemii na czczo;

stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.		2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA1c; 3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni); 4) pomiar stężenia TSH; 5) pomiar stężenia fT_4; 6) pomiar stężenia fT_3; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.3 Co 365 dni** 1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia triglicerydów; 4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu; 5) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 6) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi: a) badanie dna oka, b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera; 8) RTG śródręcza, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego; 9) morfologia krwi z rozmazem;

		10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego; 11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna; 13) w zależności od potrzeb: a) USG jamy brzusznej, b) USG klatki piersiowej, c) konsultacja ortopedyczna, d) konsultacja okulistyczna, e) konsultacja neurologiczna, f) konsultacja hemato-onkologa, g) konsultacja genetyczna, h) konsultacja psychologiczna, i) TK, j) MRI, k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:** 1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna, b) konsultacja neurologiczna, c) jonogram surowicy krwi, d) obrazowanie ośrodkowego układu

		nerwowego TK z kontrastem lub MRI; 2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1: a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni; 3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.65.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10: C91.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10: C91.0)		
W ramach części I programu lekowego chorym na ostrą białaczkę limfoblastyczną udostępnia się poniższe terapie: 1) w przypadku niepowodzenia lub nietolerancji wcześniej stosowanych inhibitorów kinazy tyrozynowej BCR-ABL: a) *ponatynibem* (dorośli pacjenci z obecnością genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia), 2) od 2. lub kolejnej linii leczenia: a) *blinatumomabem* (dzieci i dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), b) *inotuzumabem ozogamcyny* (dorośli pacjenci bez względu na obecność chromosomu Filadelfia), 3) w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową (MRD): a) *blinatumomabem* (dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2 albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.	**1. Dawkowanie leków** **1.1. ponatynib** Zalecana dawka początkowa *ponatynibu* wynosi 45 mg podawana doustnie raz na dobę. U pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym można stosować dawkę 30 mg lub 15 mg podawaną doustnie raz na dobę. **1.2. blinatumomab** **1.2.1. od 2. lub kolejnej linii leczenia** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a pomiędzy cyklami występuje 14-dniowy okres bez leczenia. Zalecana dobowa dawka *blinatumomabu* jest ustalana według masy ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Pacjentom o masie ciała 45 kg lub większej podaje się stałą dawkę, a pacjenci ważący mniej	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania przy kwalifikacji do: terapii ponatynibem, terapii blinatumomabem od 2. lub kolejnej linii leczenia, lub terapii inotuzumabem ozogamycyny od 2. lub kolejnej linii leczenia:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie cytologiczne szpiku; 3) dodatkowo w przypadku terapii *ponatynibem*: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, e) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, f) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, g) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi; h) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność genu *BCR-ABL** we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. 4) dodatkowo w przypadku terapii *blinatumomabem* u dorosłych i dzieci:

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej;
2) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
3) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
5) zgoda pacjenta (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. ponatynib

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) udokumentowana obecność genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia (Ph+);
4) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:
   a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub całkowitej remisji cytogenetycznej

niż 45 kg otrzymują dawkę obliczoną w oparciu o pole powierzchni ciała (pc.).

1) Pacjenci o masie ciała <45 kg:

   Cykl 1: *blinatumomab* podawany jest:

   – w dniach 1-7 w dawce 5 µg/m^2 p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobowa to 9 µg);
   – w dniach 8-28 w dawce 15 µg/m^2 p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobowa to 28 µg).

   W dniach 29-42 cyklu 1. *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).

   Cykl 2: *blinatumomab* podawany jest w dniach 1-28 w dawce 15 µg/m^2 p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobowa to 28 µg).

2) Pacjenci o masie ciała ≥45 kg:

   Cykl 1: *blinatumomab* podawany jest:

   – w dniach 1-7 w dawce 9 µg/dobę w ciągłej infuzji;
   – w dniach 8-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.

   W dniach 29-42 cyklu 1. *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).

   Cykl 2: *blinatumomab* podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.

   a) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi,
   b) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi,
   c) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;
   d) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu:
      – badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego,

      lub

      – badania obrazowe OUN,
   e) dodatkowo w przypadku kwalifikacji dziecka - badanie próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4} w celu oceny mierzalnej choroby resztkowej;
5) dodatkowo w przypadku terapii *inotuzumabem ozogamcyny*:
   a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
   c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   d) oznaczenie APTT,
   e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),

po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzone utrzymywanie się dodatniej mierzalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania *dazatynibu*, lub b) wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania *dazatynibu*, lub c) nietolerancja leczenia *dazatynibem*, uniemożliwiająca jego dalsze stosowanie, stwierdzona na dowolnym etapie leczenia, lub d) udokumentowana obecność mutacji T315I genu *BCR-ABL*, której wystąpienie stwierdzono na dowolnym etapie leczenia. **1.2.2. blinatumomab (2. lub kolejna linia leczenia) – dzieci do ukończenia 1. roku życia** 1) wiek do ukończenia 1. roku życia; 2) wrodzona ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 3) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych; 4) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia; 5) wznowa lub brak molekularnej remisji choroby; 6) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu; 7) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu *blinatumomabem*) – nie dotyczy dzieci, u których wystąpiła	W przypadku dzieci do ukończenia 1. roku życia dawkowanie i podawanie leku zgodnie ze schematem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego w leczeniu dzieci od ukończonego 1. roku życia. **1.2.2. w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową** Cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a po nim występuje 14-dniowy okres bez leczenia. Cykl 1: *blinatumomab* podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji. W dniach 29-42 cyklu 1. *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia). Jeśli po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego leczenie przerwano na czas nieprzekraczający 7 dni, należy wznowić ten sam cykl leczenia tak, aby ukończyć podawanie infuzji w ciągu 28 dni łącznie, wliczając w to dni przed przerwaniem i po przerwaniu cyklu. Jeśli przerwa spowodowana zdarzeniem niepożądanym trwała dłużej niż 7 dni, należy rozpocząć nowy cykl. Jeśli objawy toksyczności nie ustąpią w ciągu 14 dni, należy definitywnie zakończyć podawanie produktu. **1.3. inotuzumab ozogamycyny** *Inotuzumab ozogamycyny* podawany jest dożylnie w infuzji trwającej 1 godzinę. 1) Pacjenci, u których planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	f) oznaczenie stężenia fibrynogenu, g) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD22 w szpiku lub krwi, h) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD22, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi, i) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi, **1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii blinatumomabem w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:** 1) ocena mierzalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}; 2) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu: a) badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego, lub b) badania obrazowe OUN. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1. ponatynibem** Badania wykonywane co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc, a następnie co 4 tygodnie:

wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. **1.2.3. blinatumomab (2. lub kolejna linia leczenia) – dzieci od ukończonego 1. roku życia** 1) wiek od ukończonego 1. roku życia do ukończenia 18. roku życia; 2) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 3) brak obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia; 4) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych; 5) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia; 6) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia, definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub b) wznowa hematologiczna lub brak molekularnej remisji choroby (MRD>10^{-4}) po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia, lub c) wznowa hematologiczna po wcześniejszym przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, lub d) wznowa u dzieci, u których nie jest planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych,	Leczenie trwa do maksymalnie 3 cykli. Cykl 1: *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w 3 dawkach podzielonych: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl. Cykl 1. powinien trwać 3 tygodnie, ale można go przedłużyć do 4 tygodni, jeśli u pacjenta wystąpi CR lub CRi lub w celu umożliwienia ustąpienia objawów toksyczności. Cykle 2 i 3: *inotuzumab ozogamycyny* u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m^2 pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali CR lub CRi *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl.	1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi; 6) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi; 7) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi; Badania wskazane w pkt 5-8 wykonuje się tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem. **2.2. blinatumomabem w terapii od 2. lub kolejnej linii leczenia** Badanie wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia). Leczenie prowadzone jest (zarówno w przypadku dzieci jak i dorosłych) w warunkach szpitalnych lub domowych. **2.3. inotuzumabem ozogamycyny** Badania wykonywane w czasie pierwszego cyklu co najmniej 1 raz w tygodniu, przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu, a następnie co najmniej 1 raz w tygodniu w czasie drugiego i kolejnych cykli: 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

lub

e) wcześniejsze zakwalifikowanie do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7 dni, ale nie dłuższa niż 14 dni).

W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego;

7) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;

8) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu *blinatumomabem*) – nie dotyczy dzieci, u których nastąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.

1.2.4. blinatumomab (2. lub kolejna linia leczenia) – dorośli

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;
4) brak obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia;
5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych;
6) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia;
7) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:
   a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję definiowany jako:

Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.

2) Pacjenci, u których nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych

Leczenie trwa do maksymalnie 6 cykli, jednakże w przypadku pacjentów, którzy nie osiągnęli CR lub CRi po 3 cyklach terapii, należy przerwać leczenie po 3 cyklach.

Cykl 1: *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w 3 dawkach podzielonych:

– w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc.,
– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz
– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc.,

co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl.

Cykl 1. powinien trwać 3 tygodnie, ale można go przedłużyć do 4 tygodni, jeśli u pacjenta wystąpi CR lub CRi lub w celu umożliwienia ustąpienia objawów toksyczności.

Cykle 2 i 3: *inotuzumab ozogamycyny* u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu:

– w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m^2 pc.,
– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz
– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc.,

co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m^2 pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali

2.4. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową

Badanie wykonane po cyklu leczenia:

1) morfologia krwi z rozmazem (wykonana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia).

Leczenie prowadzone jest warunkach szpitalnych lub domowych.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.

3.1. ponatynibem

Badania wykonywane co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące, a następnie co 8-12 tygodni:

1) badanie cytogenetyczne lub badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność genu *BCR-ABL** we krwi lub szpiku;
2) badanie cytologiczne szpiku.

3.2. blinatumomabem w terapii od 2. lub kolejnej linii leczenia

Badania wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia:

1) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi;

– odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub b) wznowa hematologiczna definiowana jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, po okresie remisji, tj. stanu, w którym żaden w powyższych warunków nie był spełniony, lub c) wcześniejsze zakwalifikowanie do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7 dni, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego; 8) brak cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN); 9) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku	CR lub CRi *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl. Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu. Cykle 4-6*: inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m^2 pc./cykl. Cykle 4-6 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu. **2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz zmniejszania dawki leku zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	2) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu oceny obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19 (jeżeli były stwierdzone w badaniu przy kwalifikacji); 3) badania obrazowe pozaszpikowych ognisk choroby (jeżeli były stwierdzone w badaniu przy kwalifikacji). **3.3. inotuzumabem ozogamycyny** Badania wykonywane po każdym cyklu leczenia: 1) badanie cytologiczne szpiku; 2) badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia *inotuzumabem ozogamycyny* stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych. **3.4. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową** Badanie wykonane po cyklu leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) ocena mierzalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}.

identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu *blinatumomabem*) – nie dotyczy chorych, u których wystąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. **1.2.5. inotuzumab ozogamycyny (2. lub kolejna linia leczenia)** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 4) ekspresja antygenu CD22> 1% na komórkach białaczkowych; 5) w przypadku pacjenta: a) z chromosomem Filadelfia: – brak całkowitej remisji po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji lub – wznowa hematologiczna po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji, b) bez chromosomu Filadelfia: – brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję lub – wznowa hematologiczna choroby. **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:** **1.3.1. blinatumomab - dorośli**	Zalecenia dotyczące premedykacji i dodatkowych leków zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	

1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 4) brak obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia; 5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych przy rozpoznaniu; 6) stosowanie uprzednio co najmniej trzech schematów standardowego leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (przez schemat rozumie się 1-szy, 2-gi cykl leczenia indukującego, 1-szy, 2-gi, 3-ci cykl leczenia konsolidującego oraz cykle reindukujące według obowiązującego protokołu leczenia PALG); 7) całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność <5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥1000/µl, płytki krwi ≥50 000/µl i stężenie hemoglobiny ≥9 g/dl); 8) obecność mierzalnej choroby resztkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD $\geq 10^{-3}$, tj. MRD ≥0,1% w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}); 9) brak uprzedniego przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 10) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu; 11) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy).		

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) *ponatynibem* – należy dążyć do wykonania możliwie szybko przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego, a leczenie *ponatynibem* należy zakończyć przed przeszczepieniem. W przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby. 2) *blinatumomabem* od 2. lub kolejnej linii leczenia – można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. W momencie kwalifikacji do leczenia *blinatumomabem*, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego), w celu wykonania przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych po jednym lub dwóch cyklach leczenia *blinatumomabem* u chorego, który uzyskał:		

a) całkowitą remisję definiowaną jako spełnienie wszystkich następujących warunków: – odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%, – brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, – brak pozaszpikowych ognisk choroby, lub b) całkowitą remisję z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) – w przypadku kwalifikacji chorego do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 3) *inotuzumabem ozogamycyny* – u chorego, u którego: a) jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia, b) nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia; 4) *blinatumomabem* u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – można zastosować maksymalnie jeden cykl leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) brak remisji: a) w przypadku terapii *ponatynibem*: brak całkowitej remisji hematologicznej po 3 miesiącach stosowania *ponatynibu* u		

chorego, u którego stwierdzono oporność na wcześniejsze leczenie *dazatynibem* lub nawrót hematologiczny, b) w przypadku terapii *blinatumomabem* stosowanym od 2. lub kolejnej linii leczenia u dzieci: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia *blinatumomabem*, definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, c) w przypadku terapii *blinatumomabem* stosowanym od 2. lub kolejnej linii leczenia u dorosłych: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub brak całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi); d) w przypadku terapii *inotuzumabem ozogamycyny*: brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) po 3 cyklach leczenia; 3) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		

5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym: a) w przypadku stosowania *blinatumomabu* od 2. lub kolejnej linii leczenia – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni, b) w przypadku stosowania *blinatumomabu* u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni; 7) okres ciąży lub karmienia piersią zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
II. LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ Z KOMÓREK B (ICD-10: C91.0) – Terapia CAR-T		
W ramach części II. programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową ostrą białaczkę limfoblastyczną (ALL) udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem: 1) *tisagenlecleucelu* (pacjenci w wieku do 25 lat włącznie), albo 2) *breksukabtagenu autoleucel* (pacjenci w wieku 26 lat i powyżej), zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.	**1. Dawkowanie leku** Schemat dawkowania *tisagenlecleucelu oraz breksukabtagenu autoleucel zgodnie* z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tych substancji czynnych. Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu*	**1. Badania** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego; 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) ocena funkcji wątroby, tj.: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;

1. Kryteria kwalifikacji

Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2.) dla poszczególnej terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B;
2) nawrót choroby lub oporność na wcześniejsze leczenie;
3) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. tisagenlecleucelem

1) wiek do 25 lat (włącznie);
2) stan sprawności ≥50 według skali Karnofsky'ego (wiek ≥16 lat) lub Lansky'ego (wiek <16 lat);
3) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:
   a) drugi lub kolejny nawrót;
   lub
   b) nawrót po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4

autoleucel. Przed podaniem *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel* zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tych produktów.

Tisagenlecleucel oraz *brekuskabtagen autoleucel* 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 *tisagenlecleucelem* lub *breksukabtagenem autoleucel*.

2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego

Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*.

4) ocena funkcji nerek, tj.:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie klirensu kreatyniny;
5) ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych lub ocena molekularna aspiratu szpiku kostnego dokumentująca oporność lub nawrót choroby;
6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);
7) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR);
8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
9) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy);
10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia 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:
   a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
   b) oznaczenie APTT,
   c) oznaczenie INR,
   d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,
   e) oznaczenie stężenia D-dimerów;
13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG;
14) elektrokardiografia (EKG);
15) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA.

miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem *tisagenlecleucelu*, lub c) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) po 2 cyklach standardowej chemioterapii lub chemiooporność definiowana jako nieosiągnięcie CR po jednym cyklu leczenia reindukującego stosowanego w nawrocie ostrej białaczki limfoblastycznej, lub d) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI, lub e) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwwskazania do leczenia kondycjonującego przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT; 4) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m^2 albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci); 5) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku; 6) stężenie bilirubiny <2,0 mg/dl; 7) funkcja skurczowa lewej komory ≥28% potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory ≥45% potwierdzona za pomocą echokardiogramu. **1.2.2. breksukabtagenem autoleucel** 1) wiek 26 lat i powyżej;		**1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu albo breksukabtagenu autoleucel:** 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) białka ostrej fazy: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny; 3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (jak w pkt 1.1.); 4) ocena funkcji nerek (jak w pkt 1.1.); 5) ocena funkcji wątroby (jak w pkt 1.1.); 6) ocena cytologiczna i cytometryczna (wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych) aspiratu szpiku lub nacieku pozaszpikowego bezpośrednio przed podaniem CAR-T (badanie można pominąć, jeśli od wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku przy kwalifikacji do programu upłynęło mniej niż 3 tygodnie). **1.3. Badania w dniu następnym po podaniu tisagenlecleucelu albo breksukabtagenu autoleucel** 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), b) oznaczenie APTT, c) oznaczenie INR, d) oznaczenie stężenia fibrynogenu, 3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny,

2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 3) obecność w szpiku kostnym >5% blastów białaczkowych CD19+; 4) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: a) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu pierwszej linii, lub b) pierwszy nawrót choroby w przypadku remisji trwającej ≤12 miesięcy; lub c) drugi lub kolejny nawrót choroby; lub d) nawrót po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 100 dniach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem *breksukabtagenu autoleucel*, lub e) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI; 5) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii. **2. Określenie czasu leczenia w programie** U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie *tisagenlecleucelu* albo jedno podanie *breksukabtagenu autoleucel*). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.		c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), d) oznaczenie stężenia D-dimerów. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T** 1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS; 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie stężenia fibrynogenu, d) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), f) oznaczenie APTT, g) oznaczenie INR, h) oznaczenie stężenia D-dimerów, (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi); 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz; 4) morfologia krwi obwodowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów.

3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) okres ciąży lub karmienia piersią; 3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe; 4) zakażenie HIV; 5) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C; 6) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych; 7) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4; 8) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków jak: a) cyklofosfamid i fludarabina albo cytarabina i etopozyd – w przypadku leczenia *tisagenlecleucelem*, b) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia *breksukabtagenem autoleucel*; 9) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc; 10) aktywna hemoliza; 11) aktywna koagulopatia; 12) aktywna choroba autoimmunologiczna; 13) pierwotny niedobór odporności; 14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19); 15) jedynie w przypadku terapii *breksukabtagenem autoleucel*:		Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania CAR-T, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia:** **3.1.** Badania wykonywane w pierwszym roku od podania *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel* co 1 miesiąc przez pierwsze trzy miesiące, a następnie co 3 miesiące: 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego. **3.2.** Badania wykonywane w pierwszym roku od podania *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel* co 3 miesiące: 1) ocena cytologiczna, cytometryczna lub molekularna aspiratu szpiku kostnego (w przypadku podania *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*) lub nacieku pozaszpikowego (jeśli dotyczy w przypadku podania *tisagenlecleucelu*); 2) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 3) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG (w celu ewentualnego leczenia substytucyjnego immunoglobulinami

a) izolowana pozaszpikowa wznowa ALL, lub b) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego przez ALL. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*.		zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla odpowiedniego leku). Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.
		1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita remisja (CR), b) całkowita remisja z obecnością mierzalnej choroby resztkowej (CR MRD+),

		c) całkowita remisja z ujemną mierzalną chorobą resztkową (CR MRD-), d) nawrót choroby (Rel), e) przeżycie wolne od nawrotu choroby (RFS), f) całkowite przeżycie (OS); Zespół Koordynacyjny (w przypadku, gdy występuje, zgodnie z opisem wskazanym w odpowiedniej części programu) analizuje przekazane dane dotyczące ww. wskaźników skuteczności terapii i podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym (tj. w odpowiedniej części programu) na koniec każdego roku; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. *badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka.

Załącznik B.66.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE (ICD-10: C84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNIE SKÓRNE CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE		
W ramach części I. programu lekowego udostępnia się poniższe terapie: 1) chorym na ziarniniaka grzybiastego: a) *beksaroten w monoterapii*, b) *brentuksymab vedotin w monoterapii*, c) *mogamulizumab w monoterapii*, 2) chorym na zespół Sezary'ego: a) *beksaroten w monoterapii*, b) *mogamulizumab w monoterapii*, 3) chorym na pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL): a) *brentuksymab vedotin w monoterapii* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej;	**1. Dawkowanie** **1.1. *beksaroten w monoterapii* – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary'ego** Zalecana dawka początkowa beksarotenu to 300 mg/m^2 pc./dobę. Obliczenie dawki początkowej zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki beksarotenu 150 mg/m^2 p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m^2 p.c./dobę **1.2. *brentuksymab vedotin w monoterapii* – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) określenie TNMB i mSWAT; 7) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 9) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia brentuksymabem vedotin – badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka;

2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG (w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem i mogamulizumabem dopuszcza się stan sprawności według ECOG 3 – jeśli wynika z zaawansowania chłoniaka);
3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>ziarniniaka grzybiastego</u>

1.2.1. *beksarotenem w monoterapii*

1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;
2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);
3) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:
   a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich,

   lub

   b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),

   lub

Zalecana dawka brentuksymabu vedotin wynosi 1,8 mg/kg mc. podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, co 3 tygodnie.

1.3. *mogamulizumab w monoterapii* – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary'ego

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Zalecana dawka mogamulizumabu to 1 mg/kg m.c. podawana w infuzji dożylnej trwającej co najmniej 60 minut w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu.

2. Modyfikacja dawkowania leków

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.

10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem:
    a) oznaczenie stężenia TSH,
    b) oznaczenie stężenia fT4,
    c) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram),
    d) EKG z opisem;
11) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia mogamulizumabem:
    a) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA),
    b) badanie przesiewowe w kierunku HCV (anty-HCV, a w razie konieczności HCV RNA),
    c) badanie przesiewowe w kierunku HIV,
    d) badania w celu oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS):
       – oznaczenie stężenia elektrolitów (sód, potas, wapń, fosfor),
       – oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. *beksarotenem w monoterapii* – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub zespół Sezary'ego

c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym; 4) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu. **1.2.2. *brentuksymab vedotin w monoterapii*** 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego; 2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC); 3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w ziarniniaku grzybiastym; 4) w przypadku stadium choroby: a) IB-IIA spełnienie jednego z poniższych kryteriów: – progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich, lub – nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem, lub – nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksarotenem, b) IIB lub wyższym – nawrót lub progresja choroby, niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego; 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;		Badania wykonywane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii, a następnie 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku): 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) oznaczenie stężenia TSH; 7) oznaczenie stężenia fT4; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram). Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4 „*Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotenem”* powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. **2.2. *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub pierwotnie skórnego chłoniaka**

1.2.3. *mogamulizumab w monoterapii*		**anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)**
1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;		Badania wykonywane przed każdym podaniem leku:
2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);		1) morfologia krwi z rozmazem;
3) stosowano wcześniej co najmniej jedną linię leczenia systemowego ziarniniaka grzybiastego;		2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.		3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
		4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>zespołu Sezary'ego</u>		5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi.
1.3.1. *beksarotenw monoterapii*		
1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary'ego;		**2.3. *mogamulizumabem w monoterapii* – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub zespół Sezary'ego**
2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:		1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:
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,		a) morfologia krwi z rozmazem,
lub		b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),		c) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
lub		d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym;		2) badania wykonywane przed i po podaniu leku w pierwszym miesiącu leczenia – w celu monitorowania ze względu na ryzyko zespołu rozpadu guza (TLS).:
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.		

1.3.2. ***mogamulizumab w monoterapii*** 1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary'ego; 2) stosowano wcześniej co najmniej jedną linię leczenia systemowego zespołu Sezary'ego; 3) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)</u>** **1.4.1.** ***brentuksymab vedotin w monoterapii*** 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL); 2) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w jednej biopsji zmian w pcALCL; 3) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **1.5.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:		a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia elektrolitów (sód, potas, wapń, fosfor), c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) kontrolne badania obrazowe – wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych; 2) wypełnienie skali mSWAT – raz na 2 miesiące. Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy" w pkt 4 „*Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotenem*" powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych (o ile zasadne jest ich wykonanie), który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe (o ile zasadne jest ich wykonanie) muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

1) *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, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym toksyczności: a) w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku – w przypadku terapii *beksarotenem w monoterapii*, b) wymagającej przerwania leczenia zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin w monoterapii* oraz *mogamulizumabem w monoterapii;* 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii *beksarotenem w monoterapii*** Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.		

1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 4) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		
II. LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWEGO CHŁONIAKA ANAPLASTYCZNEGO Z DUŻYCH KOMÓREK (sALCL)		
W ramach części II. programu lekowego chorym na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL) udostępnia się terapie: 1) w 1. linii leczenia a) *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)*, 2) w 2. i kolejnych liniach leczenia a) *brentuksymab vedotin w monoterapii*. zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;	**1. Dawkowanie** **1.1. *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)*** Brentuksymab vedotin: Zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. Cyklofosfamid: zalecana dawka to 750 mg/m^2 pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 7) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka; 8) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK).

2) potwierdzona histologicznie diagnoza układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL); 3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. **1.2. Kryteria kwalifikacji do 1. linii leczenia** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL). **1.3. Kryteria kwalifikacji do 2. i kolejnych linii leczenia** 1) oporność na leczenie lub nawrót po leczeniu układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL). **1.4.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili	Doksorubicyna: zalecana dawka to 50/m^2 pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie. Prednizon: zalecana dawka to 100 mg podawana doustnie w dniach 1-5 każdego 3-tygodniowego cyklu. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Leczenie może trwać maksymalnie 8 cykli. **1.2.** ***brentuksymab vedotin w monoterapii*** Dorośli: Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. Dzieci: Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać	**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** Badania wykonywane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia – badania obrazowe TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu wykonywane: 1) po 3. lub po 4. cyklu leczenia i po zakończeniu leczenia oraz w razie klinicznego podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii w 1. linii leczenia; 2) po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami – w przypadku terapii w 2. i kolejnych liniach leczenia. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.

rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) *brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)* – leczenie trwa maksymalnie do 8 cykli; 2) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności terapii definiowany jako: a) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia – w przypadku terapii w 1. linii leczenia, b) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia, albo brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia albo nawrót choroby w trakcie trwania leczenia – w przypadku terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym toksyczności według WHO powyżej 3; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią;	maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku). **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
		4. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) choroba stabilna (SD), d) progresja choroby (PD), e) przeżycie bez progresji choroby (PFS), f) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie

		elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. W przypadku pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4.1) części I programu nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Załącznik B.67.

LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, G25.82, M33.0, M33.1, M33.2)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:
1) immunoglobuliną ludzką normalną,
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji
Do programu kwalifikowani są pacjenci, u których przeprowadzono diagnostykę w oparciu o ocenę stanu neurologicznego wg. ustalonych zasad oraz wykluczono inne przyczyny obserwowanych zaburzeń poza wymienionymi poniżej.
Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria odpowiednio w następujących rozpoznaniach:

1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)
1) potwierdzona:
a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów,
b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;
2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania.

1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)
1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów;
2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej.</td>
<td>1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylnej:
1.1. Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,4 g/kg m.c. we wlewie iv., ogółem dawka leku 1-2 g/kg m.c. w ciągu 2-5 dni.
1.2. Kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0 g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 2-5 dni.
W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP, miopatii zapalnych i SPS dawkowanie ustala się indywidualnie.

2. Dawkowanie immunoglobuliny podskórnej, posiadającej zarejestrowane wskazania do stosowania w leczeniu immunomodulacyjnym u dorosłych, dzieci i młodzieży (0-18 lat) z przewlekłą zapalną demielinizacyjną polineuropatią (CIDP) jako leczenie podtrzymujące po stabilizacji za pomocą IVIg, u grupy chorych otrzymujących IVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:
Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylnej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na tydzień. Początkowa dawka podskórna może być</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:
1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),;
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),;
4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał;
5) proteinogram;
6) EMG;
7) rezonans magnetyczny;
8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego;
9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych;
10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4);
11) wzrokowe potencjały wywołane;
12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA;
13) konsultacja ginekologiczna u kobiet;
14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych;
15) w przypadku kwalifikacji do SPS oznaczenie przeciwciał anty-GAD.</td>
</tr>
</table>

1.3. Miastenia (MG) przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów: 1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c; 2) retencja CO_2 (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg); 3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO_2 poniżej 93%; 4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy; 5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania; 6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym; 7) nasilenie objawów miastenii w okresie ciąży. **1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa** udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych: 1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych; 2) badanie neurofizjologiczne; 3) rezonans magnetyczny; 4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. **1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe** w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami. **1.6. Zespół Guillain-Barre** w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów: 1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania;	zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylnej (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona. Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki. W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg mc. na tydzień. Immunoglobulina podskórna wydawana jest do domu przez placówki realizujące program lekowy. Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w placówce realizującej Program Lekowy, warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnie, według następującego schematu: a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku, b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna, c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia,	O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylnej:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności ALT, 4) oznaczenie aktywności AST; 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. **2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylnej:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności ALT, 4) oznaczenie aktywności AST; oraz do decyzji lekarza: 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. Należy także ocenić: 7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej. **2.3. W przypadku leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną** każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki

2) narastający niedowład mięśni twarzy; 3) dyzartia; 4) dysfagia; 5) zaburzenia oddechowe. **1.7. Choroba Devica (NMO)** 1) potwierdzona wykonaniem: a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego, b) badania potencjałów wzrokowych, c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4), d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego; 2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania. **1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym** 1) potwierdzone wykonaniem: a) rezonansu magnetycznego mózgu, b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego, c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym; 2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania. **1.9. Zespół sztywności uogólnionej (SPS)** 1) potwierdzony: a) badaniem EMG; b) oznaczeniem przeciwciał przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (przeciwciał anty-GAD); 2) przy braku skuteczności leczenia objawowego: baklofenem, tynidazyną benzodiazepinami i gabapentyną lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania i istotnych klinicznie objawach SPS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających	d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta, e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.	poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego. 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności ALT, 4) oznaczenie aktywności AST; oraz do decyzji lekarza: 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. Należy także ocenić: 7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym danych dotyczących skuteczności leczenia opisanych w pkt 3. kryteriów wyłączenia, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z

badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia:** 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia, a w przypadku kontynuacji terapii - pomimo zastosowania każdego kolejnego cyku leczenia. 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwaną dalej ChPL); 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.		wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.70.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAMI SIATKÓWKI (ICD-10: H35.3, H36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. LECZENIE PACJENTÓW Z WYSIĘKOWYM ZWYRODNIENIEM PLAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (nAMD)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie wysiękowego zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem substancjami: *1) aflibercept 2 mg;* *2) aflibercept 8 mg;* *3) brolucizumab;* *4) farycymab;* 5) *ranibizumab*. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji	**1. Dawkowanie** **1.1. Zalecane dawki na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe to:** 1) *aflibercept* – 2 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 2) aflibercept 8 mg; co odpowiada 70 µl roztworu (0,07ml); 3) *brolucizumab* – 6 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 4) *farycymab* – 6 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 5) *ranibizumab* – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); **1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca** Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez: 1) 3 kolejne miesiące – *aflibercept 2 mg, aflibercept 8 mg, brolucizumab*; 2) 4 kolejne miesiące – *farycymab*;	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego. W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji (pkt 10 Kryteriów wyłączenia), kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenie badań do pełnego zakresu.

podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT; 2) wiek 45 lat i powyżej; 3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego); 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2 – 0,8, określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych; 6) brak dominującego zaniku geograficznego; 7) brak dominującego wylewu krwi; 8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna); 9) brak przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL i wiedzę medyczną; 10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt 10 kryteriów wyłączenia oraz pacjenci którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi	3) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – *ranibizumab*. **1.3. Faza podtrzymująca** Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „treat-and-extend". Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami: 1) *aflibercept 2 mg* – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni; 2) *aflibercept 8 mg* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni z maksymalnym wydłużeniem do 20 tygodni u pacjentów bez aktywności choroby; 3) *brolucizumab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni i maksimum co 12 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; 4) *farycymab* – iniekcje wykonuje się co 16 tygodni (u pacjentów bez aktywności choroby) lub 8 lub 12 tygodni (u pacjentów z aktywnością choroby), jednorazowo odstęp między dawkami można zwiększać do	**2. Monitorowanie leczenia** 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) opcjonalnie: a) fotografia dna oka, b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa). Badania przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania. Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) uzyskanie poprawy, b) stabilizację choroby, c) progresję choroby. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **2. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie

aflibercептu 2 mg, aflibercептu 8 mg, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 - małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku definiowana jako:

a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące

lub

maksymalnie 16 tygodni i skracać minimalnie do 8 tygodni;

5) *ranibizumab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie.

1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem

W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

1.5. Wstrzymanie podawania leku

Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:

1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);

2) rozerwanie siatkówki;

3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi ≥ 50% całkowitej powierzchni zmiany;

4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);

O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.

1.6. Zmiana leku lub dawki leku w programie

elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt. 2 – Monitorowanie leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna); 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) czynne zakażenie oka lub jego okolic; 5) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki; 6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia; 7) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną; 9) okres ciąży lub karmienia piersią; 10) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji *aflibercептu 2 mg lub aflibercептu 8 mg* lub *brolucizumabu* lub *farycymabu* lub *ranibizumabu* w okresie 5 miesięcy od podania ostatniej dawki leku; 11) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:	W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lub celem zwiększenia odstępu pomiędzy iniekcjami lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod warunkiem niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu) na lek z inną substancją czynną finansowaną w ramach programu, jednak nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tego samego leku: a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych, b) łącznie od początku terapii – w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu zgodnie z kryteriami włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku aflibercептu występującego w dwóch dawkach terapeutycznych lekarz prowadzący może podjąć samodzielnie decyzję o zmianie dawki na wyższą po zakończeniu fazy nasycenia dawką 2 mg, od której rozpoczęto leczenie, z dostosowaniem schematu dawkowania w dalszym prowadzeniu pacjenta. W przypadku braku skuteczności leczenia dawką aflibercептu 8 mg nie można dokonać zmiany leku na dawkę 2 mg. Za brak skuteczności terapii należy uznać: a) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu lub	

a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).	b) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian w plamce w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku.	
B. LECZENIE PACJENTÓW Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PLAMKI (DME)		
Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego. Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców wymagających zmiany leku w programie lub leczonych wcześniej w ramach innych źródeł finansowania przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny), na wniosek lekarza prowadzącego, po udokumentowaniu otrzymania co najmniej 5 iniekcji anty-VEGF w poprzednim etapie leczenia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie cukrzycowego obrzęku plamki substancjami:	**1. Dawkowanie leków** **1.1. Zalecane dawki na jedno podanie doszklistkowe to:** 1) *aflibercept* – 2 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 2) *aflibercept* – 8 mg, co odpowiada 70 µl roztworu (0,07 ml); 3) *bewacyzumab* – 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 4) *brolucizumab* – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 5) *deksametazon* – 700 µg, co odpowiada jednemu implantowi doszklistkowemu; 6) *farycymab* – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 7) *ranibizumab* – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml). **1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego; 5) konsultacja diabetologiczna, lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza POZ z wynikiem badania HbAIc i oceną wyrównania ciśnienia tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy. W przypadku posiadania przez pacjenta aktualnego

1) *aflibercept 2 mg*;
2) *aflibercept 8 mg;*
3) *bewacyzumab*;
4) *brolucizumab*;
5) *deksametazon* w postaci implantu doszklistkowego;
6) *farycymab*;
7) *ranibizumab*.

1. Kryteria kwalifikacji

1) obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku plamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozlana), CME – postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza);
2) wiek 18 lat i powyżej;
3) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
4) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;
5) stężenie HbAIc:
   a) w przypadku leczenia *bewacyzumabem*: należy rozpocząć terapię bez względu na jego poziom, jeżeli po 5 dawkach leku poziom HbAIc > 9% leczenie należy kontynuować tym samym lekiem do momentu osiągnięcia stężenia HbAIc ≤ 9% kiedy Zespół Koordynacyjny może podjąć decyzję o zmianie leku;
   b) na inny lek niż *bewacyzuma*b, gdy stężenie HbAIc ≤ 9%;
6) brak dominującej błony przedsiatkówkowej;

Leczenie pacjentów pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek bewacyzumabu, podawanych w odstępach 28 – 35 dni.

U pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku rozpoczęcia leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem *deksametazonu* w postaci implantu.

Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez:

1) 3 kolejne miesiące – *aflibercept 8 mg;*
2) 5 kolejnych miesięcy – *bewacyzumab, aflibercept 2 mg*;
3) 4 kolejne miesiące – *farycymab;*
4) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – *ranibizumab*.

Jedna iniekcja co 6 tygodni przez:

1) 5 kolejnych dawek - *brolucizumab*.

1.3. Faza podtrzymująca

Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „treat-and-extend". Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami:

badania HbAIc (z ostatnich 6 miesięcy, uzyskanego na podstawie badania laboratoryjnego lub w postaci odczytu z elektronicznych systemów monitorowania glikemii) o konieczności konsultacji specjalistycznej decyduje lekarz prowadzący pacjenta.

W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z pkt. 3 (Kryteria przerwania terapii) kwalifikację pacjenta opierać należy na badaniach z pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.

2. Monitorowanie leczenia

1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;
2) OCT (optyczna koherentna tomografia);
3) konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej – co 12 miesięcy od momentu kwalifikacji do programu;
4) opcjonalnie:
   a) fotografia dna oka,
   b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania wymienione w pkt 1, 2 i 4 przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie

7) brak aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie; 8) brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej; 9) brak krwotoku do ciała szklistego wymagającego leczenia operacyjnego; 10) brak neowaskularyzacji tęczówki; 11) brak jaskry neowaskularnej; 12) uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe; 13) brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie; 14) brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nierokujących poprawy po leczeniu anty- VEGF takich jak: a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki), b) DRIL w obszarze poddołkowym, c) makulopatia niedokrwienna; 15) brak innych przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL i wiedzę medyczną; 16) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt 3 (Kryteria przerwania terapii), gdy przyczyna przerwania terapii trwała dłużej niż 5 miesięcy w	1) *aflibercept 2 mg* – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni; 2) *aflibercept 8 mg* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni z maksymalnym wydłużeniem do 20 tygodni u pacjentów bez aktywności choroby; 3) *bewacyzumab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku skuteczności leczenia odstęp ten można wydłużyć po 12 miesiącach leczenia; 4) *brolucizumab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku braku aktywności choroby po 12 miesiącach leczenia odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć do 16 tygodni; 5) *deksametazon* w postaci implantu – zgodnie z ChPL; w przypadku nawrotu aktywności choroby schemat dawkowania ustala lekarz prowadzący stosując lek nie częściej niż w odstępach co 4 miesiące (tj. nie częściej niż co 124 dni) z możliwością wydłużenia odstępów między wstrzyknięciami do 9 miesięcy (tj. do 279 dni); 6) *farycymab* – iniekcje wykonuje się w odstępach maksymalnie co 16 tygodni, odstępy między iniekcjami można jednorazowo zwiększać o maksymalnie 4 tygodnie;	do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania. Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć. **2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia** Ocena skuteczności leczenia przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu. Ocena skuteczności leczenia odbywa się: 1) w okresie od 1 do 2 miesięcy po ostatnim podaniu bewacyzumabu z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych; 2) co 12 miesięcy, maksymalnie do 2 miesięcy od upływu tego terminu dla aflibercептu 2 mg, aflibercептu 8 mg, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu; 3) po 3 dawkach deksametazonu, maksymalnie po 2 miesiącach od podania ostatniej dawki leku. Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o: 1) kontynuacji leczenia bez zmiany leku albo 2) kontynuacji leczenia ze zmianą leku albo 3) wyłączeniu pacjenta z programu.

przypadku *aflibercептu 2 mg, aflibercептu 8 mg, bewacyzumabu*, *brolucizumabu*, *farycymabu, ranibizumabu* oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku plamki iniekcjami doszklistkowymi *aflibercептu 2 mg, aflibercептu 8 mg, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu, 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.

2. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia

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

3. Kryteria przerwania terapii

1) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
2) zapalenie wnętrza gałki ocznej;
3) ciężkie zapalenie błony naczyniowej związane z terapią *brolucizumabem*;
7) *ranibizumab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie.

1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem

W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

1.5. Wstrzymanie podawania leku

Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:

1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);
2) rozerwanie siatkówki;
3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);
4) brak aktywności choroby.

O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.

1.6. Zmiana leku lub dawki leku w programie

1) zmiana leku w programie odbywa się za zgodą Zespołu Koordynacyjnego.
2) zmiana leku z bewacyzumabu na inny możliwa jest, gdy HbAIc wynosi ≤ 9%.

Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują:

1) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego lub poprawę do 0,8 lub więcej na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
2) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o ≥20% w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości ≤ 300 µm.

Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie.

Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku.

Na podstawie badań wymienionych w pkt. 2 w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

a) uzyskanie poprawy;
b) stabilizację choroby;
c) progresję choroby.

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie

4) okres ciąży i karmienia piersią; 5) przedarciowe odwarstwienie siatkówki; 6) wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie; 7) wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy): a) dominująca błona przedsiatkówkowa, b) obecność aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na wystąpienie odwarstwienia siatkówki, c) odwarstwienie siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej, d) krwotok do ciała szklistego wymagający operacji, e) neowaskularyzacja tęczówki, f) jaskra neowaskularna, g) zaćma mająca wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie. W przypadku ustąpienia zmian opisanych w pkt. 1-7 lekarz prowadzący może (nie później niż 5 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia) włączyć pacjenta z powrotem do programu (po ponownym spełnieniu kryteriów kwalifikacji do programu). Pacjent, który nie został ponownie zakwalifikowany do programu w ciągu 5 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia zostaje wyłączony z programu. **4. Kryteria wyłączenia z programu**	3) schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący. 4) u pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku kontynuacji leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem deksametazonu w postaci implantu. W przypadku afliberceptu występującego w dwóch dawkach terapeutycznych lekarz prowadzący może podjąć samodzielnie decyzję o zmianie dawki na wyższą po zakończeniu fazy nasycenia dawką 2 mg, od której rozpoczęto leczenie, z dostosowaniem schematu dawkowania w dalszym prowadzeniu pacjenta. W przypadku braku skuteczności leczenia dawką afliberceptu 8 mg nie można dokonać zmiany leku na dawkę afliberceptu 2 mg.	elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt.2 – Monitorowanie leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) progresja choroby definiowana jako: a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do poziomu <0,2 określonego według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o 2 lub więcej linii na tablicach Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące w porównaniu z ostrością wzroku w najlepszej korekcji (BCVA) uzyskanej w momencie kwalifikacji do programu lub c) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki) lub		

d) rozwój w przebiegu leczenia DRIL w obszarze poddołkowym lub e) wystąpienie makulopatii niedokrwiennej; 6) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).		

Załącznik B.71.

LECZENIE TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C (ICD-10: B18.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek ≥ 18 r. ż.; 2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C; 3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej; 4) udokumentowany stopień zaawansowania choroby wątroby określony z wykorzystaniem: elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub wskaźnika APRI lub FIB-4 lub biopsji wątroby. W przypadku podejrzenia współistnienia chorób wątroby o innej etiologii, niezgodności wyniku badania nieinwazyjnego ze stanem klinicznym chorego lub rozbieżności pomiędzy wynikami różnych badań nieinwazyjnych zalecane jest wykonanie biopsji wątroby (o ile nie jest ona przeciwwskazana), której wynik ma wówczas znaczenie rozstrzygające; 5) potwierdzona obecność zakażenia genotypem: a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem albo	**1. Sofosbuwir+ledipaswir i sofosbuwir +welpataswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych. **2. Glekaprewir+pibrentaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. **3. Sofosbuvir+welpataswir+woksyleprewir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie aktywności AlAT; 4) oznaczenie stężenia albumin; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) czas lub wskaźnik protrombinowy; 7) oznaczenie poziomu kreatyniny; 8) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 9) oznaczenie antygenu HBs; 10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy); 11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej) lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4; 12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej. Przy czym, dopuszczalne jest odstąpienie z oznaczania genotypu w

b) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem albo c) 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem oraz woksylaprewirem w przypadku pacjentów po niepowodzeniu uprzedniej terapii inhibitorami NS5A albo d) w przypadku niemożności oznaczenia genotypu należy zastosować lek pangenotypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. U pacjentów kwalifikujących się pierwszorazowo do terapii pangenotypowej nie ma konieczności oznaczania genotypu HCV, w związku z tym nie muszą spełniać kryterium kwalifikacji określonego w pkt. 1.5. **2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą; 2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anty-HCV; 3) ciężka niewydolność wątroby (stopień C wg klasyfikacji Child-Pugh) - nie dotyczy kwalifikowania do terapii z użyciem sofosbuwiru w skojarzeniu z ledipaswirem lub welpataswirem; 4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżać aktywność osoczową sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i		przypadku kwalifikacji do pierwszorazowej terapii pangenotypowej. **2. Monitorowanie leczenia** 1) w 1 dniu, przed podaniem leków: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności AlAT, c) oznaczenie stężenia bilirubiny, d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności AlAT; 3) w 4 tygodniu: a) oznaczenie stężenia bilirubiny – w przypadku występowania zwiększonego stężenia w 4 tygodniu terapii, powtórzyć oznaczenia w 8 tygodniu oraz jeżeli dotyczy w 12, 16 i 24 tygodniu; 4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia: a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową, b) USG jamy brzusznej. Dopuszczalne jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza rozpoczynającego terapię, odstąpienie od wizyt pacjenta i procedur monitorowania leczenia określonych w punktach 2.2 i 2.3 w trakcie leczenia, jeżeli podczas kwalifikacji w ocenie zaawansowania choroby wątroby wykazano w elastografii sztywność <12,5 kPa lub APRI<1 lub FIB-4<1,3 lub brak histologicznych cech marskości w biopsji wątroby. U takich pacjentów możliwe jest wydanie leków w ilości niezbędnej do zabezpieczenia pełnego czasu terapii o ile nie przekracza 12 tygodni (w zależności od wybranej terapii,

woksylaprewiru w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy); 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach: a) sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksylaprewirem (o ile dotyczy) albo b) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy). **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 (z wyłączeniem pkt 2.2) w trakcie leczenia; 2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia: – w opinii lekarza prowadzącego terapię lub – zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych; 3) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		indywidualnie przyjętego schematu dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisana powyżej decyzja lekarza rozpoczynającego leczenie, powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Decyzja ta może zostać zmieniona w trakcie trwania leczenia w przypadku zmiany stanu klinicznego pacjenta lub podejrzenia braku adherencji. Niezależnie od przypadku klinicznego, osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię musi mieć miejsce 12 tygodni po zakończeniu terapii w celu określenia skuteczności zastosowanego leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.73.

LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) wiek: 18 i więcej lat; 2) nietrzymanie moczu z parć naglących; 3) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym wykonanym nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych. W takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej; 4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane; 5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak: a) pogorszenie się czynności nerek lub b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć naglących, lub c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych, lub d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, lub	**1. Dawkowanie:** Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz. W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku. W przypadku braku efektu po podaniu dawki inicjującej należy zwiększyć dawkę do 300 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) badanie fizykalne: a) badanie brzucha, b) badanie przez pochwę lub per rectum, c) badanie neurologiczne - ocena segmentów unerwionych przez nerwy z poziomu S2-S4 (czucie skórne w obrębie przedsionka pochwy lub krocza, odruch opuszkowo-jamisty oraz odruchy ścięgniste z kończyn dolnych); 2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia mocznika; 5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów); 6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan); 7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) celem wizyt kontrolnych jest: a) ocena skuteczności,

e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych, lub nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc): a) zaburzenia rytmu serca, b) zaburzenia pamięci, c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania, d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku; 6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby; 7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu; 8) negatywny wywiad w kierunku: a) neuropatii obwodowych, b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona); 9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, w wyniku braku skuteczności leczenia lub zgodnie z pozostałymi kryteriami wyłączenia;		b) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania, c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych, d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych; 2) wizyty kontrolne według następującego schematu: a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania), b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2) w sytuacji niepowodzenia terapii (pierwszego podania), podanie toksyny botulinowej można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach toksyny botulinowej, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego; 3) w sytuacji powodzenia terapii, podania toksyny botulinowej można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy. **3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) brak skuteczności leczenia definiowany jako nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o ≥ 50 % w stosunku do poziomu wyjściowego (ocena na podstawie dzienniczka mikcji prowadzonego przez 7 dni, nie wcześniej niż po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od podania toksyny botulinowej); 2) nieprowadzenie dzienniczka mikcji; 3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonania czystego przerywanego cewnikowania; 4) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu.		

Załącznik B.74.

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAKRZEPOWO-ZATOROWEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS, 2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów: a) nieoperowalne CTEPH (dyskwalifikacja od leczenia operacyjnego potwierdzona przez zespół CTEPH składający się z kardiochirurga z doświadczeniem w zakresie PEA, kardiologa interwencyjnego z doświadczeniem w zakresie cewnikowania prawostronnego oraz angioplastyki tętnic płucnych, kardiologa doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym lub brak zgody pacjenta na PEA przy akceptacji zespołu CTEPH; w przypadkach wątpliwych – brak jednoznacznej opinii specjalistów wymienionych dziedzin – konieczna jest konsultacja przez kardiochirurga, który wykonał co najmniej 50 zabiegów endarterektomii tętnic płucnych; sformułowanie „z doświadczeniem w wykonywaniu ” należy rozumieć jako „lekarza przeszkolonego i samodzielnie wykonującego określone zabiegi” a „doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym” jako „lekarza posiadającego doświadczenie w stosowaniu farmakoterapii	Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP, d) badanie echokardiograficzne. 2) Badania inwazyjne: – badanie hemodynamiczne (aktualne, wykonane nie więcej niż 12 tygodni przed kwalifikacją) cewnikowanie prawego serca z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej. 3) Badania obrazowe: a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań:, a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwskazań

swoistej w nadciśnieniu płucnym) lub b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym. Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włącznie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH. 3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥25 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 240 dyn*sec*cm^{-5} (lub 3 jednostki Wooda), 4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO, 5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia i przeciwskazania do włączania do programu** Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil), 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),		do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań. **2. Monitorowanie leczenia** W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki. Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.

3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, 4) ciąża, 5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiejkolwiek postaci, 6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia, 7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia.		Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP. Do monitorowania leczenia można wykorzystać również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych. 2) Badania inwazyjne: Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się: – na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne, – dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych,

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

Załącznik B.75.

LECZENIE PACJENTÓW Z UKŁADOWYMI ZAPALENIAMI NACZYŃ (ICD-10: M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. LECZENIE PACJENTÓW Z ZIARNINIAKOWATOŚCIĄ Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWYM ZAPALENIEM NACZYŃ (MPA)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach części I programu lekowego finansuje się leczenie: 1) *rytuksymabem* - pacjentów z ziarniniakowatością z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowym zapaleniem naczyń (MPA). **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i więcej; 2) rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) na podstawie aktualnie obowiązujących kryteriów; 3) wysoka aktywność choroby definiowana jako:	Dawkowanie leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Dawkowanie w postaciach GPA i MPA o mniejszym nasileniu niż ciężka postać analogiczne jak w postaci ciężkiej.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie płytek krwi (PLT); 5) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 9) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 10) oznaczenie wskaźnika eGFR; 11) badanie ogólne moczu; 12) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane); 13) oznaczenie przeciwciał anty-HCV;

a) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, lub b) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce 10 mg lub wyższej na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych. 4) w zależności od postaci choroby spełnienie wymagania dotyczącego wcześniej zastosowanej terapii: a) w **indukcji remisji** lub **podtrzymaniu remisji ciężkiej postaci choroby** jako lek równoważny z syntetycznymi lekami immunosupresyjnymi/ immunomodulacyjnymi (I lub kolejna linia leczenia), b) w **indukcji remisji** lub **podtrzymaniu remisji postaci choroby o mniejszym nasileniu niż ciężka postać** po niepowodzeniu terapii co najmniej jednym lekiem immunosupresyjnym/ immunomodulującym (II lub kolejna linia leczenia); 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego; 7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		14) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total; 15) oznaczenie antygenu HBs; 16) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 17) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 18) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 19) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA); 20) elektrokardiografia (EKG); 21) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 22) wykonanie testu Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy. **2. Badania przy wznowieniu leczenia w programie** Wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego, w zależności od stanu klinicznego, postaci choroby oraz czasu jaki minął od podania ostatniej dawki leku, **przy czym wymaga się przeprowadzenia badań pkt 1-13.** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie wskaźnika eGFR;

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy **byli leczeni rytuksymabem w ramach innego sposobu finansowania terapii,** za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Pacjent, który osiągnął adekwatną odpowiedź na leczenie rytuksymabem i lekarz prowadzący podjął **decyzję o zakończeniu lub wstrzymaniu leczenia, w przypadku nawrotu aktywnej postaci choroby lub w celu podtrzymania remisji**, może mieć wznowione leczenie bez wstępnej kwalifikacji po uprzednim zgłoszeniu w SMPT. Do leczenia rytuksymabem można zakwalifikować również pacjentów **z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń**, niezależnie od wartości BVAS/WG i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku uzyskania trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza może być bezpiecznie kontrolowana z zastosowaniem standardowej terapii. **3. Kryteria oceny skuteczności leczenia** W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako:		9) badanie ogólne moczu; 10) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli dotyczy); 11) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 12) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA); 14) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 15) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 16) oznaczenie antygenu HBs; 17) elektrokardiografia (EKG); 18) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed podaniem leku). **3. Monitorowanie terapii rytuksymabem** 1) badanie ogólne moczu; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowa (AST); 5) oznaczenie wskaźnika eGFR; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 8) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane); 9) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 10) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP);

1) w leczeniu indukcyjnym – uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, odpowiadających na umiarkowane zwiększenie dawki glikokortykosteroidów i niewymagających innej modyfikacji leczenia stwierdzony podczas wizyty monitorującej skuteczność leku po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego; 2) w leczeniu podtrzymującym – utrzymanie niskiej aktywności choroby, zgodnie z definicją w pkt. 1) powyżej, stwierdzanej podczas wizyt monitorujących skuteczność leku co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem. Pacjent, u którego w trakcie leczenia podtrzymującego rytuksymabem dochodzi do utraty niskiej aktywności choroby, zgodnie z decyzja lekarza prowadzącego, może otrzymać kolejny cykl leczenia indukcyjnego rytuksymabem – po odnotowaniu w SMPT. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku w ramach programu; 2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt *3. Kryteria oceny skuteczności leczenia*; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;		11) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i/lub p-ANCA); 12) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 14) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA) (do decyzji lekarza); 15) elektrokardiografia (EKG); 16) badanie RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza). Badania wykonuje się po 3 miesiącach (+/- 1 miesiąc) dniach od rozpoczęcia **terapii indukcyjnej** (wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego). Po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia **terapii indukcyjnej**, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-16, z możliwością wyłączenia pkt 8, 14, 16). Następnie badania wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia **leczenia podtrzymującego** (obligatoryjne badanie pkt 7, pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu**

6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności leczenia zawartego w punkcie *3. Kryteria oceny skuteczności leczenia*; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
II. LECZENIE PACJENTÓW Z OLBRZYMIOKOMÓRKOWYM ZAPALENIEM TĘTNIC (GCA)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach części II programu lekowego finansuje się leczenie: 1) *tocilizumabem* – pacjentów z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic (GCA).	Dawkowanie tocilizumabu w postaci dożylnej w leczeniu GCA: Tocilizumab w postaci dożylnej należy podawać we wlewie dożylnym co 4 tygodnie w dawce 8 mg/kg masy ciała. Ewentualne zmniejszenie dawki lub wydłużenie odstępu między podaniami leku prowadzone zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczenie bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC); 2) oznaczenie płytek krwi (PLT); 3) oznaczenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów; 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP);

1. Kryteria kwalifikacji

1) rozpoznanie GCA ustalone na podstawie aktualnie obowiązujących kryteriów;
2) brak remisji lub utrata remisji uzyskanej po zastosowaniu standardowej terapii, w tym z użyciem glikokortykosteroidów lub występowanie istotnych działań niepożądanych bądź przeciwwskazań do stosowania standardowej terapii w zalecanych dawkach;
3) aktywna postać choroby definiowana jako występowanie co najmniej jednego z poniższych:
   a) klinicznych objawów GCA z lub bez podwyższonych wartości parametrów zapalnych: OB ≥ 30mm/h i/lub CRP ≥ 1 mg/dl (10 mg/l),

   lub

   b) cechy aktywnego zapalenia tętnic w badaniu obrazowym (PET, MRI, TK, USG).
4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);
5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego;
6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;
7) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy **byli leczeni tocilizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii,** za wyjątkiem trwających

6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
9) oznaczenie wskaźnika eGFR;
10) badanie ogólne moczu;
11) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane);
12) oznaczenie przeciwciał anty-HCV;
13) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total;
14) oznaczenie antygenu HBs;
15) oznaczenie przeciwciał anty-HIV;
16) elektrokardiografia (EKG);
17) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed kwalifikacją);
18) wykonanie testu Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy.

2. Badania przy wznowieniu leczenia w programie

Wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego, w zależności od stanu klinicznego, postaci choroby oraz czasu jaki minął od podania ostatniej dawki leku, **przy czym wymaga się przeprowadzenia badań pkt 1-10.**

1) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczenie bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC);
2) oznaczenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów;
3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);

badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Pacjent, który osiągnął adekwatną odpowiedź na leczenie tocilizumabem i lekarz prowadzący podjął **decyzję o zakończeniu lub wstrzymaniu leczenia, w przypadku nawrotu aktywnej postaci choroby lub w celu podtrzymania remisji**, może mieć wznowione leczenie bez wstępnej kwalifikacji po uprzednim zgłoszeniu w SMPT. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Cykl leczenia tocilizumabem trwa do 12 miesięcy (13 podań leku) z możliwością przedłużenia leczenia po odnotowaniu tego faktu przez lekarza prowadzącego w SMPT. Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku uzyskania trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza może być bezpiecznie kontrolowana z zastosowaniem standardowej terapii. **3. Kryteria oceny skuteczności leczenia** W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako: ustąpienie lub istotne zmniejszenie objawów klinicznych GCA i obniżenie wyjściowo podwyższonych parametrów zapalnych (OB, CRP) stwierdzone po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) terapii. **4. Kryteria wyłączenia z programu**		4) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie wskaźnika eGFR; 9) badanie ogólne moczu; 10) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli dotyczy); 11) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 12) oznaczenie antygenu HBs; 13) elektrokardiografia (EKG); 14) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed podaniem leku). **3. Monitorowanie terapii tocilizumabem** 1) morfologia krwi z rozmazem z oznaczeniem płytek krwi (PLT) oraz bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC); 2) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowa (AST); 5) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

1) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku w ramach programu; 2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt *3. Kryteria oceny skuteczności leczenia*; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		Badania wykonuje się po 3 i 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc), a następnie co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia podawania leku wraz z oceną skuteczności zastosowanej terapii w oparciu o ocenę aktywności choroby na podstawie występowania klinicznych objawów GCA i wartości parametrów zapalnych OB i CRP. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności leczenia zawartych w punkcie *3. Kryteria oceny skuteczności leczenia*; 3) 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.76.

LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1). **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu; 3) brak skuteczności leczenia; 4) przeszczepienie wątroby;	**1. Dawkowanie nityzynonu** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu; 2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny 4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 5) morfologia krwi, z płytkami krwi; 6) AlAT, AspAT; 7) bilirubina całkowita i frakcje; 8) fosfataza alkaliczna; 9) GGTP; 10) INR; 11) czas protrombinowy; 12) APPT; 13) białko całkowite, albuminy we krwi; 14) gazometria; 15) sód, potas, chlorki we krwi; 16) wapń, fosfor we krwi i moczu; 17) mocznik, kreatynina we krwi; 18) kwas moczowy we krwi i moczu; 19) kreatynina w moczu; 20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;

5) inne przeciwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) konsultacja dietetyczna. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozynemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania: 1) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny; 3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 4) morfologia krwi, z płytkami krwi; 5) AlAT, AspAT; 6) bilirubina całkowita i frakcje; 7) fosfataza alkaliczna; 8) GGTP; 9) INR; 10) czas protrombinowy; 11) APPT; 12) białko całkowite, albuminy we krwi; 13) gazometria; 14) sód, potas, chlorki we krwi; 15) wapń, fosfor we krwi i moczu; 16) mocznik, kreatynina we krwi; 17) kwas moczowy we krwi i moczu; 18) kreatynina w moczu; 19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej; 21) konsultacja dietetyczna.

		W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.77.

LECZENIE CHORYCH NA KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA (ICD-10: C81)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na chłoniaka Hodgkina udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami: 1) pacjentom z nieleczonym uprzednio chłoniakiem Hodgkina w 1. linii leczenia: *a) brentuksymab vedotin w skojarzeniu z doksorubicyną, winblastyną i dakarbazyną (AVD);* 2) pacjentom z opornym lub nawrotowym chłoniakiem Hodgkina: *a) brentuksymab vedotin w monoterapii,* *b) niwolumab w monoterapii.* **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 2) potwierdzony histologicznie klasyczny chłoniak Hodgkina; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;	**1. Dawkowanie leków** **1.1. Dawkowanie w 1. linii leczenia** **1.1.1. *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z AVD*** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). *Brentuksymab vedotin*: zalecana dawka wynosi 1,2 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. *Doksorubicyna*: zalecana dawka wynosi 25 mg/m^2 p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. *Winblastyna*: zalecana dawka wynosi 6 mg/m^2 p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. *Dakarbazyna*: zalecana dawka wynosi 375 mg/m^2 p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia rozpoznania chłoniaka Hodgkina wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym obecność antygenu CD30 – w przypadku kwalifikacji do 1. linii leczenia; 2) badanie obrazowe: tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) lub ewentualnie tomografia komputerowa (TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej; 3) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin* w opornym lub nawrotowym chłoniaku Hodgkina; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 9) oznaczenie stężenia glukozy we krwi – w przypadku terapii z zastosowaniem *brentuksymabu vedotin*;

4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia** **1.2.1. *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z AVD*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina; 3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w III lub IV stadium zaawansowania. **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina** **1.3.1. *brentuksymab vedotin w monoterapii*** Do leczenia *brentuksymabem vedotin* w ramach programu kwalifikują się pacjenci spełniający poniższe kryterium 1) albo 2): 1) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie: a) po przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) lub	Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Profilaktyka ze wspomaganiem czynnikiem wzrostu (G-CSF) jest zalecana od podania pierwszej dawki zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **1.2. Dawkowanie w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina** **1.2.1. *brentuksymab vedotin w monoterapii*** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). Dorośli: Zalecana dawka *brentuksymabu vedotin* u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. Dzieci: 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. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).	10) oznaczenie stężenia TSH – w przypadku terapii *niwolumabem w monoterapii*. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1. *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z AVD* lub *brentuksymab vedotin w monoterapii*** Badania wykonywane przed każdym podaniem *brentuksymabu vedotin*: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. **2.2. *niwolumab w monoterapii*** Badania wykonywane co 6-12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia TSH; 6) oznaczenie stężenie sodu; 7) oznaczenie stężenia potasu; 8) oznaczenie stężenia wapnia. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia, w przypadku, gdy auto-HSCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia, albo 2) po auto-HSCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby, definiowanym jako obecność co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka: a) oporność na pierwszą linię leczenia; b) nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia; c) zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed auto-HSCT (pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30. a 45. dniem po auto-HSCT). **1.3.2. *niwolumab w monoterapii*** 1) wiek 12 lat i powyżej; 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; 3) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. **1.4.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w	**1.2.2. *niwolumab w monoterapii*** Dorośli: Zalecana dawka *niwolumabu* u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 240 mg podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie. Dzieci w wieku 12-18 lat: Zalecana dawka *niwolumabu* wynosi 3mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie (maksymalnie 240 mg co 2 tygodnie). Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Czasowe zawieszenie leczenia *niwolumabem* jest możliwe zgodnie z opisem w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego, w tym podawanie *niwolumabu* można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.	1) PET/TK (zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu) lub TK. Badanie wykonuje się: a) w przypadku terapii *brentuksymab w skojarzeniu z AVD* – po 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; b) w przypadku terapii *brentuksymab w monoterapii* – po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; c) w przypadku terapii *niwolumabem w monoterapii* – po 3 miesiącach leczenia albo wcześniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie badania obrazowe należy następnie wykonywać co pół roku. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) 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

ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) *brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z AVD* – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli; 2) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie może trwać maksymalnie do 16 cykli podanych w ciągu około roku. U chorych kwalifikowanych do programu według kryterium 1.3.1.1.b) i odpowiadających na leczenie *brentuksymabem vedotin*, wykonanie auto-HSCT nie wyklucza kontynuacji leczenia *brentuksymabem vedotin* do sumarycznej liczby 16 cykli. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby podczas leczenia nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia; 2) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia; 3) brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia – w przypadku chorych kwalifikowanych do programu z zastosowaniem *brentuksymabu vedotin w monoterapii* według kryterium 1.3.1.1. a) lub b); 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania PET/TK: – całkowita metaboliczna remisja (CMR), – brak całkowitej metabolicznej remisji: i. częściowa metaboliczna remisja (PMR), ii. stabilizacja metaboliczna (SMD), iii. progresja metaboliczna (PMD), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS); b) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania TK: – całkowita odpowiedź (CR), – częściowa odpowiedź (PR), – choroba stabilna (SD), – brak odpowiedzi (NR), – progresja choroby (PD), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności według kryteriów CTC (Common Toxity Criteria), pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 7) okres ciąży lub karmienie piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.79.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ (ICD-10: C91.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na przewlekłą białaczkę limfocytową udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami: 1) **w 1. linii leczenia:** a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie *TP53* (mut*TP53*) lub niezmutowanym statusem *IgHV:* – *ibrutynib w monoterapii* albo – *akalabrutynib w monoterapii;* b) pacjentom bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*): – *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem* albo – *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem* albo – *zanubrutynib w monoterapii* albo – *ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem;* 2) **w 2. lub kolejnych liniach leczenia:**	**1. Dawkowanie:** **1.1. *ibrutynib w monoterapii*** Zalecana dawka *ibrutynibu* wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę. **1.2. *akalabrutynib w monoterapii*** Zalecana dawka *akalabrutynibu* wynosi 100 mg podawana dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg). Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin. **1.3. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem*** Obinutuzumab w cyklu 1.: zalecana dawka to 1000 mg, w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania,	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej: a) badanie na obecność antygenu CD20 (szczególnie przy stosowaniu terapii z przeciwciałami anty-CD20), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) badanie na obecność delecji 17p (del17p) lub mutacji w genie TP53 (mut*TP53*) lub statusu mutacji w genach *IgHV*, zgodnie z kryteriami włączenia do poszczególnych schematów leczenia, d) ocena wydolności nerek i wątroby: – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, – oznaczenie wskaźnika eGFR, – oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), – oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), – oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,

a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie *TP53* (mut*TP53*):
   – *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem,*
   – *ibrutynib w monoterapii,*
   – *akalabrutynib w monoterapii,*
   – *wenetoklaks w monoterapii,*
   – *zanubrutynib w monoterapii;*
b) pacjentom bez delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*):
   – *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem,*
   – *ibrutynib w monoterapii,*
   – *akalabrutynib w monoterapii,*
   – *zanubrutynib w monoterapii.*

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) rozpoznanie przewlekłej białaczki limfocytowej;
4) obecność wskazań do leczenia wg International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (the National Cancer Institute-Working Group (IWCLL);
5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
6) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;

drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.

Obinutuzumab w cyklach 2-6.: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.

Chlorambucyl w cyklach 1-6: zalecana dawka wynosi 0,5 mg/kg mc. w dniach 1. i 15. każdego cyklu.

1.4. *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem*

Wenetoklaks: 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:

Tydzień 1 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.

e) dodatkowo w przypadku leczenia *ibrutynibem* lub *akalabrutynibem* lub *zanubrutynibem* – oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
f) dodatkowo w przypadku terapii z zastosowaniem *wenetoklaksu* w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20 albo *ibrutynibem*:
   – oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
   – oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,
   – oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,
g) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta,
h) ocena masy guza z zastosowaniem badań obrazowych (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo w przypadkach uzasadnionych klinicznie TK lub MRI – wybór rodzaju badań do decyzji lekarza),
i) dodatkowo w przypadku leczenia *obinutuzumabem w skojarzeniu z chlorambucylem* lub *zanubrutynibem* (jeśli ocena jest konieczna dla spełnienia kryteriów kwalifikacji do programu) – ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS;
2) przesiewowe badanie w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
3) przesiewowe badanie w kierunku HCV (anty-HCV, a w razie konieczności HCV RNA);
4) elektrokardiografia (EKG);
5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia** **1.2.1. *ibrutynib w monoterapii*** 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*) lub niezmutowanego statusu *IgHV*. **1.2.2. *akalabrutynib w monoterapii*** 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*) lub niezmutowanego statusu *IgHV*. **1.2.3. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem*** 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+; 2) wyniki parametrów:	Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. *Wenetoklaks* podaje się w 22. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Dawkę 400 mg przyjmuje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 12. Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS, może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia 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. Obinutuzumab w cyklu 1.: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia	**2.1. *ibrutynib w monoterapii* lub *akalabrutynib w monoterapii* lub *zanubrutynib w monoterapii*** 1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy terapii, a następnie co najmniej 1 raz na 3 miesiące: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) badania wykonywane co 3 miesiące: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek, b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **2.2. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem*** 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. **2.3. *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem***

a) CrCl (klirens kreatyniny): > 30ml/min oraz < 70 ml/min

lub

b) liczba punktów wg skali CIRS > 6;

3) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych;

4) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny.

1.2.4. *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem*

1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+;

2) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych.

1.2.5. *zanubrutynib w monoterapii*

1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;

2) przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia z wykorzystaniem schematu FCR (*fludarabina*, *cyklofosfamid*, *rytuksymab*) zdefiniowane jako:

a) wiek 65 lat i powyżej

albo

b) wiek 18-64 lat i obecność co najmniej jednego z poniższych parametrów:

– CrCl (klirens kreatyniny) ≥ 30 ml/min oraz < 70 ml/min

(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.

Obinutuzumab w cyklach 2-6.: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.

1.5. *zanubrutynib w monoterapii*

Zalecana dawka *zanubrutynibu* wynosi 320 mg na dobę.

Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę.

1.6. *ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem*

Ibrutynib (cykle 1-15): Zalecana dawka *ibrutynibu* wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę.

Wenetoklaks (cykle 4-15): 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:

1) badania wykonywane w trakcie leczenia *obinutuzumabem* i *wenetoklaksem* (cykle 1-6) – przed każdym podaniem *obinutuzumabu*:

a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,

b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,

d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,

f) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6),

g) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6),

h) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6),

i) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (przed rozpoczęciem cykli 3-6);

2) badania wykonywane w trakcie dostosowywania dawki *wenetoklaksu* (od 22. dnia cyklu 1., a następnie co 1 tydzień przez 5 tygodni):

a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,

b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,

d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,

e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,

f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,

g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

3) badanie wykonywane w cyklach 7-12, przed rozpoczęciem każdego cyklu – morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

lub

– liczba punktów wg skali CIRS > 6

lub

– wystąpienie w ciągu ostatnich 2 lat ≥ 1 ciężkiej infekcji (wymagającej hospitalizacji lub pozajelitowej antybiotykoterapii) lub ≥ 3 infekcji (wymagających doustnej antybiotykoterapii) potwierdzonych w dokumentacji medycznej pacjenta.

1.2.6. *ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem*

1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej.

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia

1.3.1. *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53*

1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;

2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*).

1.3.2. *ibrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53*

1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;

Tydzień 1 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.

Wenetoklaks podaje się pierwszy raz w 1. dniu czwartego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Następnie dawkę 400 mg podaje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 15.

Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).

Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki *wenetoklaksu* w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.

4) badania wykonywane przed rozpoczęciem cyklu 9 i 12:

a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,

c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,

d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,

e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,

f) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

g) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.

2.4. *ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem*

1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu (przed rozpoczęciem każdego cyklu):

a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

2) badania wykonywane co 3 miesiące (tj. przed rozpoczęciem cyklu 4, 7, 10 i 13):

a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,

c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

d) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,

e) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,

f) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,

g) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,

h) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

3) badania wykonywane przed pierwszym podaniem *wenetoklaksu* oraz co tydzień przez okres dostosowania dawki:

2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mut*TP53*). **1.3.3. *akalabrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53*** 1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53). **1.3.4. *wenetoklaks w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53*, u których nie powiodło się leczenie inhibitorem BTK** 1) niepowodzenie po leczeniu inhibitorem BTK; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*). **1.3.5. *zanubrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53*** 1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*).	**1.7. *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem*** Wenetoklaks: 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: Tydzień 1 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki *wenetoklaksu* w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.	a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla *ibrutynibu* okresowe badania: a) EKG w celu wykrycia migotania przedsionków. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **2.5. *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem* lub *wenetoklaks w monoterapii*** 1) badania wykonywane przed pierwszym podaniem *wenetoklaksu* oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi; 2) badanie wykonywane po okresie dostosowywania dawki *wenetoklaksu* co 1 miesiąc – morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

1) *obinutuzumabem w skojarzeniu z chlorambucylem* – leczenie trwa maksymalnie do 6 cykli;
2) *wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzmabem* – 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;
3) *ibrutynibem w skojarzeniu z wenetoklaksem* – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 15 cykli po 28 dni, przy czym przez 3 pierwsze cykle *ibrutynib* podawany jest w monoterapii, natomiast przez kolejne 12 cykli (od 4 do 15 cyklu) *ibrutynib* podawany jest wraz z *wenetoklaksem*;
4) *wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem* – 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.

3. Kryteria wyłączenia z programu

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.

Rytuksymab: Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia *rytuksymabem* następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki *wenetoklaksu* (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa *rytuksymabu* w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m^2 powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m^2 powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli.

1.8. *wenetoklaks w monoterapii*

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:

Tydzień 1 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.

3) badania wykonywane po okresie dostosowywania dawki *wenetoklaksu* co 3 miesiące:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,
   c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
   d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,
   e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,
   f) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
   g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   h) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia powinny być przeprowadzane co 3 miesiące, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą (w przypadku leczenia *ibrutynibem* lub *akalabrutynibem* lub *zanubrutynibem*):

1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
2) badania obrazowe: USG jamy brzusznej lub TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy (potrzeba wykonania badań obrazowych i ich rodzaj - do decyzji lekarza w zależności od sytuacji klinicznej);
3) biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku przy potwierdzeniu całkowitej remisji lub w przypadku cytopenii o nieokreślonej przyczynie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań

1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) – w przypadku terapii *wenetoklaksem* w połączeniu z przeciwciałem anty-CD20; 5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii – w przypadku terapii z zastosowaniem *wenetoklaksu* w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20 albo *ibrutynibem*; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki *wenetoklaksu* w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) częściowa odpowiedź z limfocytozą (PR-L) – w przypadku leczenia *ibrutynibem* lub *akalabrutynibem* lub *zanubrutynibem*, d) choroba stabilna (SD), e) brak odpowiedzi (NR), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.81.

LECZENIE CHORYCH NA NOWOTWORY MIELOPROLIFERACYJNE Ph (-) (ICD-10: D45, D47.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na niżej wskazane nowotwory mieloproliferacyjne Filadelfia ujemne, Ph (-), udostępnia się terapie: 1) chorym na pierwotną mielofibrozę (PMF) lub mielofibrozę w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) lub mielofibrozę w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF): a) *ruksolitynibem* (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej), albo b) *fedratynibem* (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni *ruksolitynibem*); 2) chorym na czerwienicę prawdziwą (PV): a) *ruksolitynibem* (chorzy z opornością lub nietolerancją na leczenie *hydroksymocznikiem*), zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególnej terapii.	**1. Dawkowanie leku** **1.1. ruksolitynib** **1.1.1. w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF** Zalecana dawka początkowa *ruksolitynibu* jest ustalana na podstawie liczby płytek krwi zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, w zakresie od 5 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 10 mg) do 20 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 40 mg). Jeśli leczenie zostanie uznane za mało skuteczne, a morfologia krwi będzie odpowiednia, można zwiększać dawkę maksymalnie o 5 mg dwa razy na dobę, do maksymalnej dawki 25 mg dwa razy na dobę. Dawki początkowej nie należy zwiększać w ciągu pierwszych czterech tygodni leczenia, a w późniejszym okresie nie należy tego robić częściej niż w odstępach 2-tygodniowych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) trepanobiopsja szpiku: a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – jeżeli nie była wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją (badanie dotyczy chorych, którzy wcześniej nie byli leczeni inhibitorami kinazy janusowej), b) w przypadku chorych na PV – tylko w uzasadnionych sytuacjach klinicznych; 2) USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony; 3) morfologia krwi z rozmazem mikroskopowym; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 9) dodatkowo w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: a) oceny wielkości śledziony,

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem lub fedratynibem chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:

1) rozpoznanie:
   a) pierwotnej mielofibrozy (PMF)
   albo
   b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF)
   albo

1.1.2. w leczeniu chorych na PV

Zalecana dawka początkowa *ruksolitynibu* wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg).

Jeśli leczenie zostanie uznane za mało skuteczne, a morfologia krwi będzie odpowiednia, można zwiększać dawkę maksymalnie o 5 mg dwa razy na dobę, do maksymalnej dawki 25 mg dwa razy na dobę.

Dawki początkowej nie należy zwiększać w ciągu pierwszych czterech tygodni leczenia, a w późniejszym okresie nie należy tego robić częściej niż w odstępach 2-tygodniowych.

1.2. fedratynib w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF

Zalecana dawka *fedratynibu* wynosi 400 mg doustnie podawana 1 raz na dobę.

2. Modyfikacja dawkowania leków

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

   b) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:
      – poty nocne (≥4 pkt),
      – utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),
      – gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),
      – bóle kostne (≥4 pkt),
      – świąd (≥4 pkt),
      – zmęczenie (≥4 pkt);
10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia *ruksolitynibem* – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
11) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia *fedratynibem*:
    a) oznaczenie stężenia amylazy,
    b) oznaczenie stężenia lipazy,
    c) oznaczenie stężenia tiaminy.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. ruksolitynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF oraz u chorych na PV

1) badania wykonywane co 2-4 tygodnie, aż do czasu ustabilizowania dawki *ruksolitynibu*, (a w przypadku pacjentów z niewydolnością wątroby badania wykonuje się co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby), po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia:

c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF) - zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) oraz IWG-MRT (do rozpoznania wymagany jest wynik badania morfologii krwi obwodowej z rozmazem ocenionym mikroskopowo oraz wynik trepanobiopsji szpiku); 2) pacjenci z grupy ryzyka: a) pośredniego – 2 albo b) wysokiego - wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System) dla pacjentów z noworozpoznaną PMF lub wg DIPSS (Dynamic International Prognostic Scoring System); 3) liczba płytek krwi >50 tysięcy/µl; 4) splenomegalia (powiększenie śledziony w badaniu ultrasonograficznym) lub wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS: a) poty nocne (≥4 pkt), b) utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), c) gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), d) bóle kostne (≥4 pkt), e) świąd (≥4 pkt), f) zmęczenie (≥4 pkt); 5) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia: a) *ruksolitynibem* – brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej,		a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia), 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. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **2.2. fedratynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF** 1) badania wykonywane co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia amylazy, g) oznaczenie stężenia lipazy, 2) badanie do decyzji lekarza (zarówno konieczność jak i częstotliwość wykonania badania) – oznaczenie stężenia tiaminy.

b) *fedratynibem* - brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem *ruksolitynibu*. **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem chorych na PV** 1) rozpoznanie czerwienicy prawdziwej (PV) zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (Światowej Organizacji Zdrowia); 2) wykazanie oporności lub nietolerancji na leczenie *hydroksymocznikiem* według aktualnych kryteriów European LeukemiaNet u chorych z grupy wysokiego ryzyka. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby według aktualnych rekomendacji, w tym transformacja do mielofibrozy (w przypadku PV), zespołów mielodysplastycznych lub ostrej białaczki, niezależnie od czasu jej wystąpienia;		Dopuszczalne jest także częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** **3.1. w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF** 1) badania wykonywane po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: a) oceny wielkości śledziony, b) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: – poty nocne (≥4 pkt), – utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), – gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), – bóle kostne (≥4 pkt), – świąd (≥4 pkt), – zmęczenie (≥4 pkt); 2) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony (dotyczy tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona). **3.2. w przypadku PV** 1) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony (dotyczy

2) brak lub utrata odpowiedzi na leczenie rozumiane jako: a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF: – brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony – po 3 miesiącach leczenia (dotyczy jedynie pacjentów nieleczonych wcześniej inhibitorami kinazy janusowej, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego), lub – brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej śledziony, o co najmniej 25% długości jej wyjściowego powiększenia obserwowanego w momencie kwalifikacji – po 6 miesiącach leczenia (dotyczy pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego), lub – pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po: i. 3 miesiącach leczenia lub ii. 6 miesiącach leczenia lub iii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia, b) w przypadku chorych na PV – brak korzyści klinicznej po co najmniej 6 miesiącach leczenia (np. trwałej stabilizacji hematokrytu < 45% i konieczności wykonywania krwioupustów lub trwałej normalizacji liczby krwinek		tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona). Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF: – całkowita remisja (CR), – częściowa remisja (PR), – poprawa kliniczna (CI), – stabilizacja choroby (SD), – odpowiedź w zakresie niedokrwistości, – odpowiedź śledzionowa, – odpowiedź w zakresie objawów ogólnych, – progresja choroby (PD), b) w przypadku PV:

białych <10 G/l lub płytek krwi ≤ 400 G/l lub ustąpienie objawów związanych z PV lub zmniejszenie albo normalizacja wymiarów śledziony i wątroby (jeśli wyjściowo były powiększone); 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. W przypadku kwalifikacji do leczenia *fedratynibem* po wcześniejszym leczeniu *ruksolitynibem* u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF kryteria wyłączenia są jednocześnie kryteriami zmiany inhibitora kinazy janusowej z *ruksolitynibu* na *fedratynib*, o ile nie stanowią przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia *fedratynibem*.		– całkowita remisja(CR), – częściowa remisja (PR), – brak odpowiedzi (NR), – progresja choroby (PD), c) przeżycie wolne od progresji choroby (PFS), d) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.82.

LECZENIE PACJENTÓW Z AKTYWNĄ POSTACIĄ SPONDYLOARTROPATII (SpA) BEZ ZMIAN RADIOGRAFICZNYCH CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA ZZSK (ICD-10: M46.8)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:
1) certolizumabem pegol,
2) etanerceptem,
3) iksekizumabem,
4) sekukinumabem,
5) upadacytynibem,
6) bimekizumabem,
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Kryteria kwalifikacji
Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający następujące kryteria:
1) pacjenci z przewlekłym bólem krzyża trwającym > 3 miesięcy i pojawieniem się objawów przed 45. r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem</td>
<td>1. Dawkowanie
1) certolizumab pegol
a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 400 mg (podana jako 2 podskórne wstrzyknięcia po 200 mg każde) w tygodniach 0., 2. i 4;
b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 200 mg co 2 tygodnie lub 400 mg co 4 tygodnie.
2) etanercept
a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 25 mg dwa razy w tygodniu lub 50 mg raz w tygodniu.
3) iksekizumab
a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 160 mg (dwa wstrzyknięcia po 80 mg) we wstrzyknięciach podskórnych w tygodniu 0,</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;
2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;
3) oznaczenie płytek krwi (PLT);
4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);
10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</td>
</tr>
</table>

stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych z rozpoznaniem spondyloatropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS

oraz

z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie:

a) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce,

b) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby:

– sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej,

– metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej,

przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów,

c) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów;

lub

2) pacjenci z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie chorych z spondyloartropatią (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD – 10 M46.8)", u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma

b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 80 mg co 4 tygodnie.

4) sekukinumab

a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg we wstrzyknięciu podskórnym w tygodniu 0., 1., 2., 3. i 4.;

b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg co miesiąc.

5) upadacytynib

a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 15 mg raz na dobę.

6) bimekizumab

a) zalecana i jednocześnie maksymalna dawka dla dorosłych wynosi 160 mg (podawana jako jedno podskórne wstrzyknięcie) co cztery tygodnie.

2. Modyfikacja dawkowania

Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.

U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć stosowanie certolizumabu pegol

11) obecność antygenu HBs;

12) przeciwciała anty-Hbc;

13) przeciwciała anty-HCV;

14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);

15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram)- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem;

16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);

17) EKG z opisem;

18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych;

19) MR stawów krzyżowo-biodrowych.

2. Monitorowanie leczenia

Po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;

2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);

inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego; 3) aktywną postać choroby w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria: a) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS ≥ 2,1 w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, b) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się: – obraz kliniczny choroby, – czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, – wyniki badania wskaźników ostrej fazy, – wyniki badań obrazowych, – status aktywności zawodowej, – występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, – współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia, oraz ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS; 4) aktywną postać choroby w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:	lub etanerceptu lub iksekizumabu lub sekukinumabu lub upadacytynibu lub bimekizumabu, łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach. **3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych** Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w SpA. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (±1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);

a) liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz b) liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz c) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz d) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz e) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi – więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się: – obraz kliniczny choroby, – czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, – wyniki badania wskaźników ostrej fazy, – wyniki badań obrazowych, – status aktywności zawodowej, – występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,		4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w SpA. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności

– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia; 5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Adekwatna odpowiedź na leczenie**		od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje

1) w przypadku postaci osiowej: a) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3; 2) w przypadku postaci obwodowej: a) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza. **3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub		przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programu lekowego dotyczącego leczenia nieradiograficznej SpA postaci osiowej i obwodowej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż sześciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i upadacytynibu, w tym dwóch inhibitorów TNF alfa (certolizumab pegol, etanercept) oraz trzech inhibitorów IL-17 (sekukinumab, iksekizumab, bimekizumab); 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. **4. Czas leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 1)b) lub 2)b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.;		

2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 2. stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **6. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną zastosowaną zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji; 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby; 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.85.

LECZENIE PACJENTÓW Z GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10: C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.5, C25.6, C25.7, C25.8, C25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą **1.1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria: 1) rozpoznanie przerzutowego gruczolakoraka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych); 2) stopień sprawności według skali Karnofsky'ego – 70 lub więcej; 3) wiek 18 lat lub powyżej; 4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby); 5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX; 6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia; 7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek:	**1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą** **1.1. Dawkowanie** Lek zawierający nanocząsteczkowy kompleks paklitakselu z albuminą jest stosowany w skojarzeniu z gemcytabiną. Dawkowanie nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny w leczeniu skojarzonym prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2** **2.1. Dawkowanie** Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w postaci tabletek. Rozpoczęcie leczenia olaparybem - do 8 tygodni od ostatniej dawki chemioterapii zawierającej związki platyny.	**1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) TK brzucha i miednicy; 2) RTG lub TK klatki piersiowej; 3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów; 4) morfologia krwi; 5) poziom AspAT i AlAT; 6) stężenie bilirubiny; 7) stężenie kreatyniny; 8) EKG. Badania przy kwalifikacji winny być wykonywane w okresie nie dalszym niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie za wyjątkiem badania TK, które może być wykonywane w okresie do 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie.

a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 raza górnej granicy wartości prawidłowych, b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych; 8) wartość stężenia hemoglobiny – 10 g/dl lub większa. Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki, leczeni *Paclitaxelum albuminatum* w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ. **1.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii** Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów: 1) liczba neutrofili mniejsza niż 1 500 w mm^3 lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w mm^3; 2) ciąża; 3) laktacja. **1.3. Określenie czasu leczenia** Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów zakończenia udziału w programie. Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **1.4. Kryteria wyłączenia** Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:		**1.2. Monitorowanie leczenia** 1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania: a) morfologia krwi, b) poziom AspAT i AlAT, c) stężenie bilirubiny, d) stężenie kreatyniny, oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta; 2) co 2 cykle leczenia wykonuje się: a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej, b) RTG lub TK klatki piersiowej, c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych, d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT; 3) EKG w zależności od wskazań klinicznych. **2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2** **2.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MRI) jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych. Badanie należy wykonać po zakończeniu chemioterapii; 2) badanie RTG klatki piersiowej, jeśli TK/MRI (pkt.1) nie obejmowało tej okolicy ciała; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie w surowicy stężenia:

1) progresja zmian mierzalnych ustalona według kryteriów RECIST na podstawie wyników badań obrazowych; 2) brak zadowalającej tolerancji leczenia (obecność niepożądanych działań w stopniach 3. lub 4.) mimo maksymalnego zredukowania dawki nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą i gemcytabiny zgodnie z zaleceniami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych, które zostało przeprowadzone w związku z wystąpieniem działań niepożądanych; 3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2** **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie gruczolakoraka trzustki, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie: a) u chorych w stadium rozsiewu poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny lub b) u chorych w stadium miejscowego zaawansowania nie kwalifikujących się do leczenia radykalnego, ale poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny (wymagana jest konsultacja chirurgiczna o możliwości leczenia radykalnego przed oraz po chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyn); 2) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji dziedzicznej w genach BRCA1/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 przeciwskazaniami do stosowania olaparybu. **2.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów wyłączenia. Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego i dopuszczalne jest na okres maksymalnie 28 dni.		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.

2.4. Kryteria wyłączenia Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia, co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) progresja choroby wg aktualnych kryteriów RECIST; 2) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC; 3) istotne i długotrwałe pogorszenie jakości życia lub stanu sprawności ogólnej w stosunku do wartości wyjściowych.		

Załącznik B.86.

LECZENIE PACJENTÓW Z WRODZONYMI ZESPOŁAMI AUTOZAPALNYMI (ICD-10: E85, R50.9, D89.8, D89.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o analizę dokumentacji nadesłanej przez świadczeniodawcę. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie** Wrodzone zespoły autozapalne: a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: – noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skórno-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome), – zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome), – zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome);	**1. Dawkowanie** Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania obowiązkowe** a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna, b) morfologia krwi pełna z rozmazem, c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen, d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) albuminy, proteinogram, g) ocena ciśnienia tętniczego, h) badanie ogólne moczu, i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV, j) RTG klatki piersiowej, k) USG jamy brzusznej. **1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego** a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,

b) inne wrodzone zespoły autozapalne: – TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1, – FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny; c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1: – zespól Schnitzler; d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego Sekcja Chorób Autozapalnych i Wrodzonego Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d: a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę; b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia; c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego;		b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN), c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka), d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca, e) konsultacja stomatologiczna, f) DZM na białko. **2. Monitorowanie leczenia** Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy (lub w pierwszych 3 miesiącach w przypadku wątpliwości co do skuteczności terapii) od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie SMPT karty monitorowania terapii. **2.1. Badania obowiązkowe** Badania kontrolne w monitorowaniu leczenia wymienione w punktach a-g należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 8 tygodni w pierwszych 6 miesiącach leczenia i nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w kolejnych: a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), b) morfologia krwi pełna z rozmazem, c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen, d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,

d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem.		e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu, g) ocena ciśnienia tętniczego. **2.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego** Badania kontrolne wymienione poniżej należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzanych u pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia: a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu, b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN), c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.87.

LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu		
1. Kryteria kwalifikacji **Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:** 1) Wiek powyżej 18. roku życia; 2) Rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc; 3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; 4) FVC powyżej 50% wartości należnej; 5) DLco powyżej 30%; **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie prowadzone jest do czasy spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Spirometria; 2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco); 3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości); 4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ; 5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; 6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy; 7) Klirens kreatyniny endogennej; 8) Morfologia krwi. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; a) Spirometria; b) DLco c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;

3. Kryteria wyłączenia 1) Progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie; 4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy; 5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby; 6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii; 7) Ciąża i karmienie piersią; 8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca. 9) Brak zgody na leczenie		2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy; 3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy; leczenia, a następnie co 3 miesiące; 4) Morfologia krwi co 6 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu		
1. Kryteria kwalifikacji a) wiek ≥ 18 lat; b) rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy; 2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc;

c) w przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; d) FVC ≥ 50% wartości należnej; e) pojemność dyfuzyjna płuc DL_{CO} powyżej 30%; f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.: a. nadwrażliwość na lek, b. ciąża, c. karmienie piersią, d. inne przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów		3) badanie spirometryczne; 4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} 5) morfologia krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego; 7) 12-odprowadzeniowe EKG. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badanie spirometryczne co 6 m-cy; 2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy; 3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} co 6 m-cy; 4) morfologia krwi co 6 miesięcy, 5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie; 6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

toksyczności zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.88.

LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY (ICD-10: C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się dwie linie leczenia zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry (BCC) substancjami: 1) wismodegib; 2) cemiplimab. W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia: 1) leczenie pacjentów z zastosowaniem inhibitora szlaku Hedgehog (wismodegib), u których stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwskazania do radioterapii. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. **1. Wismodegib** Zalecana dawka wismodegibu wynosi 150 mg, przyjmowana raz na dobę. **2. Cemiplimab** Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami; 2) potwierdzenie patomorfologiczne progresji tylko w przypadku, gdy dotyczy ona pojawienia się innych – niż stwierdzone wcześniej – ognisk nowotworu - dotyczy terapii cemiplimabem; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 9) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 10) oznaczenie TSH, FT4 – dotyczy terapii cemiplimabem; 11) test na HIV, HCV, HBV – dotyczy terapii cemiplimabem; 12) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);

1) leczenie pacjentów z zastosowaniem immunoterapii (cemiplimab), u których stwierdzono progresję choroby lub nietolerancję w trakcie terapii inhibitorem szlaku Hedgehog. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rak 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: a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym; 2) histopatologiczne potwierdzenie przerzutów odległych jako ognisk raka podstawnokomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnokomórkowego; 3) wiek ≥18 roku życia; 4) stan sprawności 0-2 wg ECOG; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 6) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią; 7) przestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej ChPL przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn; 8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną ChPL;		13) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 14) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych; 15) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie TSH i FT4 -dotyczy terapii cemiplimabem; 9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 10) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) pierwsze badanie do końca 6 tygodnia od rozpoczęcia leczenia, następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni – przed decyzją o kontynuowaniu leczenia – w przypadku terapii wismodegibem;

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO); 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;		2) przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9-12 tygodni (3 cykle) – w przypadku terapii cemiplimabem. **3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia** 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru (w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST); 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: a) nie rzadziej niż co 8 tyg. w przypadku terapii wismodegibem; b) nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) w przypadku terapii cemiplimabem oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy: progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO). W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji

5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).		pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: – całkowitą (CR) lub częściową odpowiedz (PR) na leczenie, – stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.89.

LECZENIE EWEROLIMUSEM CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE Z NIEKWALIFIKUJĄCYMI SIĘ DO LECZENIA OPERACYJNEGO GUZAMI PODWYŚCIÓŁKOWYMI OLBRZYMIOKOMÓRKOWYMI (SEGA) ICD-10 Q85.1

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria: 1) Stwardnienie guzowate potwierdzone badaniem genetycznym (geny TSC1, TSC2) lub pewne rozpoznanie klinicznie stwardnienia guzowatego według zmodyfikowanych kryteriów diagnostycznych (Northrup H et al. *Pediatr Neurol*. 2013;49:243-54). **Kryteria większe:** 1. angiofibroma twarzy (≥3) lub płaskie włókniaki głowy; 2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (≥2); 3. znamiona bezbarwne (≥3, o średnicy co najmniej 5 mm); 4. ogniska skóry szagrynowej; 5. mnogie hamartoma siatkówki; 6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines); 7. guzki podwyściółkowe mózgu; 8. gwiaździak podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy	**1. Dawkowanie** Dawkowanie jest ustalane indywidualnie na podstawie obliczonej powierzchni ciała (pc.) za pomocą wzoru Dubois'a, gdzie masa (m) wyrażona jest w kilogramach i wzrost (l) w centymetrach: $pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$ Zalecana dawka początkowa ewerolimusu w leczeniu pacjentów z SEGA wynosi 4,5 mg/m^2 pc. Aby osiągnąć pożądaną dawkę można połączyć różne dawki tabletek produktu leczniczego ewerolimus. Minimalne stężenie ewerolimusu we krwi pełnej należy oceniać po około 2 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Dawkę należy ustalić w taki sposób, aby osiągnąć minimalne stężenie 5 do 15 ng/ml. Dawkę można zwiększyć, aby osiągnąć większe stężenie minimalne w obrębie zakresu docelowego, aby osiągnąć maksymalną skuteczność w zależności od tolerancji.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego. 2) Badanie morfologii krwi z rozmazem. 3) Badania biochemiczne: a) aktywność transaminaz wątrobowych, b) stężenie bilirubiny, c) stężenie kreatyniny, d) stężenie glukozy, e) stężenie lipidów na czczo. 4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV. 5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy. 6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza. **2. Monitorowanie leczenia**

(SEGA); 9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma); 10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis); 11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek. **Kryteria mniejsze:** 1. mnogie ubytki szkliwa (>3); 2. włókniaki jamy ustnej (≥2); 3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji; 4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch); 5. plamy na skórze typu „confetti" ; 6. mnogie torbiele nerek. Rozpoznanie stwardnienia guzowatego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze. 2) Obecność przynajmniej jednej zmiany SEGA, potwierdzona w badaniu MRI lub CT, niekwalifikującej się do leczenia chirurgicznego według opinii zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga. 3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni ewerolimusem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez	Objętość SEGA należy ocenić po około 3 miesiącach leczenia ewerolimusem z uwzględnieniem kolejnych zmian dawki biorąc pod uwagę zmiany objętości SEGA, odpowiednie stężenie minimalne i tolerancję. Jeśli osiągnięto stałą dawkę, u pacjentów ze zmienną powierzchnią ciała minimalne stężenia należy monitorować co 3 do 6 miesięcy, a u pacjentów ze stałą powierzchnią ciała co 6 do 12 miesięcy, przez cały okres leczenia. Sposób podawania: Ewerolimus musi być podawany doustnie, raz na dobę o tej samej porze, z posiłkiem lub bez. Ewerolimus w postaci tabletek połyka się w całości popijając szklanką wody. Tabletek nie wolno żuć ani rozgryzać. Jeżeli pacjent nie jest w stanie połknąć tabletki, lek można całkowicie rozpuścić w szklance z wodą (około 30 ml) mieszając delikatnie, tuż przed przyjęciem leku. Po wypiciu zawiesiny, wszelkie pozostałości muszą być ponownie rozpuszczone w takiej samej ilości wody i następnie wypite. W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze. **Zalecenia dotyczące monitorowania stężenia terapeutycznego, dostosowania dawki ewerolimusu i postępowania w przypadku specjalnych grup pacjentów, oraz wystąpienia działań niepożądanych**	1) Badanie głowy metodą rezonansu magnetycznego w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby. 2) Oznaczenie stężenia ewerolimusu we krwi za pomocą atestowanej metody: po 2 tygodniach leczenia, a następnie po wszelkich zmianach dawki ewerolimusu bądź po rozpoczęciu podawania lub zmianie dawkowania podawanych równocześnie induktorów lub inhibitorów CYP3A4. 3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia: a) badanie morfologii krwi z rozmazem, b) podstawowe badania biochemiczne: — aktywność transaminaz wątrobowych, — stężenie bilirubiny, — stężenie kreatyniny, — stężenie glukozy, — lipidogram na czczo. 4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych. 5) Posiew pobranego materiału i/lub badania serologiczne krwi (plwocina, wymaz z jamy ustnej i gardła, wymaz z rany itd.) w przypadku podejrzenia czynnego zakażenia grzybiczego, wirusowego lub bakteryjnego. 6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby

oddziały NFZ. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA. 2) Istotne zaburzenia hematologiczne, zaburzenia wątroby lub nerek (poziom aktywności transaminaz >2.5x górna granica normy lub stężenie bilirubiny w osoczu >1.5x górna granica normy lub stężenie kreatyniny w surowicy >1.5x górna granica normy, stężenie hemoglobiny < 9 g/dl, liczba płytek krwi <80 000/mm^3, całkowita liczba neutrofilów <1 000 /mm^3). 3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu. 4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C. 5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia. 6) Niekontrolowana hiperlipidemia: stężenie cholesterolu na czczo w surowicy >300 mg/dl i stężenie triglicerydów	**oraz specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.**	typu B/C oraz poziomu przeciwciał w przypadku podejrzenia zakażenia lub reaktywacji zakażenia. **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

na czczo >2.5 x górna granica normy. 7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako HbA1c>8g/dl. 8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu. 9) Chore w ciąży lub karmiące piersią. 10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria). 11) Progresja choroby w trakcie stosowania leku udokumentowana badaniem MRI głowy wykonywanym w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby (oceniana według skali RECIST). 12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego 13) Brak współpracy w zakresie leczenia ze świadczeniobiorcą lub jego prawnymi opiekunami.		

Załącznik B.90.

LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10: G.20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) apomorfina 2) foslewodopa +foskarbidopa 3) lewodopa + karbidopa zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria: 1) rozpoznanie choroby Parkinsona w oparciu o aktualne *MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease*; 2) czas trwania choroby ≥ 5 lat; 3) wcześniejsze leczenie: a) w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopą+karbidopa albo foslewodopą+foskarbidopą: wyczerpanie możliwości optymalnej terapii farmakologicznej prowadzonej co	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu z zastosowaniem apomorfiny albo foslewodopy+foskarbidopy albo lewodopy+karbidopy należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany łącznie w stanie *off lub w stanie on* z uciążliwymi dyskinezami), udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni; 2) test z odstawieniem lewodopy z wykonaniem III części MDS UPDRS; 3) ocena neuropsychologiczna: a) psychometryczna ocena nastroju (metoda pierwszego wyboru: Inwentarz Depresji Becka (aktualne wydanie), w razie braku możliwości wiarygodnej samooceny stanu emocjonalnego z uwagi na nasilenie zaburzeń poznawczych – ocena na podstawie wywiadu ustrukturyzowanego przeprowadzanego przez klinicystę (lekarza prowadzącego lub psychologa) z wykorzystaniem skali Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS, b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination-III), w przypadku uzasadnionego podejrzenia otępienia w stadium umiarkowanym (wynik ACE-III <61) pogłębiona diagnostyka; 4) morfologia krwi z rozmazem;

najmniej 3 lekami lub nieskuteczność monoterapii przy udokumentowanej nietolerancji innych leków (w ocenie neurologa posiadającego doświadczenie w leczeniu zaawansowanej choroby Parkinsona), b) w przypadku kwalifikacji do leczenia apomorfiną dotychczasowe stosowanie optymalnego leczenia farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona; 4) łączny czas trwania stanów *off* ≥2 godziny, oraz czas trwania stanów *on* z obecnością uciążliwych dyskinez szczytu dawki ≥1 godzina, udokumentowanych w dzienniczku Hausera przez 3 kolejne dni; 5) zachowana dobra odpowiedź na lewodopę (różnica wyniku III części skali MDS UPDRS pomiędzy stanem off i stanem on wynosząca co najmniej 30%; można nie uwzględniać punktów dotyczących drżenia); 6) zapewnienie codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna w zakresie obsługi pompy; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, foslewodopy+foskarbidopy albo lewodopy+karbidopy zgodnie z aktualnymi ChPL. **2. Adekwatna odpowiedź na leczenie**		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 lewodopa+ karbidopa). **2. Monitorowanie leczenia** 1) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia należy wykonać: a) morfologię krwi z rozmazem, b) AspAT, AlAT, c) badanie EKG z oceną odstępu QT (w przypadku terapii apomorfiną); oraz dokonać oceny stanu ruchowego (czas spędzany łącznie w stanie *off lub w stanie on* z uciążliwymi dyskinezami) udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania należy powtarzać po każdych kolejnych 12 miesiącach (±1 miesiąc). 2) nie rzadziej niż raz na 4 miesiące wykonuje się wizytę neurologiczną oraz pielęgniarską, obejmującą m.in. ocenę stanu ruchowego pacjenta oraz korektę dotychczasowego leczenia; Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty neurologicznej oraz pielęgniarskiej w programie w formie zdalnej konsultacji o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i

W ciągu pierwszych 6 miesięcy (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego łącznie w stanie *off lub stanie on* z uciążliwymi dyskinezami. **3. Kryteria wyłączenia** 1) w przypadku zastosowania lewodopy+karbidopy, brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas którego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy+karbidopy, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądany efekt kliniczny (definiowany jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego łącznie w stanie *off* lub w stanie *on* z uciążliwymi dyskinezami) oraz ustala się wstępną dawkę leku; 2) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2; 3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących, pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku; 4) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG (w przypadku terapii lewodopa+karbidopa); 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 7) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 8) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;		bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie upoważnionej przez pacjenta w ilości niezbędnej do zabezpieczenia terapii do kolejnej wizyty neurologicznej (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. 3) nie częściej niż raz na 12 miesięcy wykonuje się w zależności od decyzji lekarza prowadzącego następujące konsultacje: a) gastroenterologiczną lub chirurgiczną (w przypadku terapii lewodopa+ karbidopa); b) dermatologiczną lub alergologiczną (w przypadku terapii apomorfiną lub foslewodopa+foskarbidopa). Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: – adekwatna odpowiedź na leczenie (def: redukcja o co najmniej 30% czasu łącznie spędzanego w stanie *off* lub w stanie *on* z uciążliwymi dyskinezami w ciągu pierwszych 6 miesięcy (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia; 10) brak możliwości zapewnienia codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna lub brak współpracy pacjenta z opiekunem w zakresie obsługi pompy. **4. Czas leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **5. Kryteria i warunki zamiany terapii** Zmiana leczenia dotyczy zmiany z terapii: a) apomorfiną na foslewodopę+foskarbidopę; b) apomorfiną na lewodopę+karbidopę; c) foslewodopą+foskarbidopą na apomorfinę; d) foslewodopą+foskarbidopą na lewodopa+karbidopą; e) lewodopa+karbidopą na apomorfinę; f) lewodopa+karbidopą na foslewodopą+foskarbidopą Zmiana jest możliwa w następujących sytuacjach: 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii;		**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników odpowiedzi na leczenie opisanych w pkt. 2., z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta; Kwalifikacja pacjenta do kolejnego leku w ramach programu lekowego wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona.		

Załącznik B.95.

LECZENIE CHORYCH Z ATYPOWYM ZESPOŁEM HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWYM (aHUS) (ICD-10: D59.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *ekulizumabem,* 2) *rawulizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Do leczenia ekulizumabem lub leczenia dorosłych, młodzieży lub dzieci o masie ciała ≥ 10 kg rawulizumabem nie leczonych wcześniej ekulizumabem, kwalifikowani są pacjenci z rozpoznanym atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym i spełniający łącznie poniższe warunki:** 1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej: a) spełnienie jednego z kryteriów: – trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek <150 x 10^9/L lub > 25% spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad	**1. Dawkowanie** Dawkowanie ekulizumabu i rawulizumabu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1) ekulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta a) dawka początkowa maksymalna to podanie 900 mg, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, b) dawka podtrzymująca maksymalna to podanie 1200 mg w piątym tygodniu, a następnie dawka 1200 mg co 14 ± 2 dni. 2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta a) dawka nasycająca maksymalna to podanie 3000 mg, b) dawka podtrzymująca maksymalna podana 2 tygodnie po dawce nasycającej to podanie 3600 mg co 8 tygodni. Wydłużenie czasu między dawkami możliwe na podstawie uchwały Zespołu Koordynacyjnego	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych nie leczonych wcześniej ekulizumabem** 1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR oraz u dorosłych z PLASMIC Score≤5 (PS≤5) można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania; 2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby; 3) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) badanie ogólne moczu; 8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT) i alaninowa (AlAT); 10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie mozna wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;

krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna, lub – biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową, oraz b) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów: – zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górna granica normy dla wieku, lub – hemodializa, lub – białkomocz/ albuminuria, lub – powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żołądkowo-jelitowe lub płucne; lub 2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza; 3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepienia nerki; U ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są: 4) wyniki badań: a) aktywność ADAMTS-13 >5%, b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby;	pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia przy pomocy oznaczenia CH50.	12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik; 14) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych – rezonans magnetyczny z angiografią, lub – tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego, b) objawów ze strony układu pokarmowego: – amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej, c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego: – troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub – cewnikowanie serca. **1.2. Rawulizumabem u chorych leczonych uprzednio ekulizumabem** 1) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 2) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 3) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 4) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 5) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych – rezonans magnetyczny z angiografią,

5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa a) po szczepieniu pacjenci powinni być ściśle monitorowani pod kątem objawów chorobowych, gdyż szczepienie może powodować dalszą aktywację dopełniacza, b) profilaktyka antybiotykowa powinna u tych pacjentów być prowadzona przez 14 dni od zaszczepienia pacjenta; 6) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		lub – tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego; b) objawów ze strony układu pokarmowego: – amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej, c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego: – troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub – cewnikowanie serca. **2. Monitorowanie leczeniaMonitorowanie terapii ekulizumabem** 1) w czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób > 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL); 2) począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci <10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci < 10kg, co 6 tygodni); 3) po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci < 10kg raz na 6 tygodni; 4) po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 3 miesiące; 5) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące;

1.2. do leczenia rawulizumabem kwalifikowani są pacjenci leczeni wcześniej ekulizumabem i spełniający łącznie poniższe warunki: 1) atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy rozpoznany u pacjenta dorosłego, młodzieży lub dziecka o masie ciała ≥ 10 kg; 2) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 3 poprzednie miesiące, w trakcie których nastąpiła udokumentowana odpowiedź na stosowane leczenie; 3) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 4) jeśli u pacjenta dokonywana jest zamiana leczenia z ekulizumabu, lekarz powinien sprawdzić aktualność szczepienia przeciwko meningokokom według krajowych wytycznych w zakresie stosowania szczepionek; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu		oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach (±1 miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 3 miesiącach (±1 miesiąc). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **2.2. Monitorowanie terapii rawulizumabem** 1) pierwsze 2 tygodnie leczenia – tj. podanie dawki nasycającej i pierwsze podanie dawki podtrzymującej monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1., przed każdą infuzją; 2) począwszy od 10 tygodnia – tj. podania drugiej dawki leczenia podtrzymujacego monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1 przed każdą infuzją (co 8 tygodni). W przypadku dzieci z masą ciała pomiędzy 10 kg a 20 kg, począwszy od 6 tygodnia, wykonanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją tj. co 4 tygodnie; 3) po upływie 26 tygodni od rozpoczęcia terapii monitorowanie leczenia opisane jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 24 tygodnie; 4) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 24 tygodnie;

świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w pierwszym roku leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po kolejnych 6 miesiącach z uzupełnieniem badań genetycznych, a w kolejnych latach co 12 miesięcy; a) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby, b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu lub rawulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych; 3) lekarz prowadzący może podjąć decyzję o czasowym zawieszeniu w podawaniu leku u kobiet ciężarnych lub karmiących piersią, zgodnie z ChPL, jeżeli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne – lekarz prowadzący informuje Zespół Koordynacyjny o czasowym zawieszeniu oraz o ewentualnym wznowieniu leczenia; 4) chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej; 5) chorzy, u których wystąpi nawrót choroby (określony na podstawie kryteriów kwalifikacji punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu lub rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.		oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach . Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania skuteczności leczenia, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie w trakcie czasowego przerwania leczenia** W pierwszym roku co miesiąc oraz przy każdej infekcji, a w kolejnych latach co najmniej raz na 3 miesiące (u kobiet w ciąży oraz połogu co miesiąc): 1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia); 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny i liczby płytek krwi. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3. Kryteria wyłączenia 1) brak efektu leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem poprzez utrzymywanie się objawów klinicznych lub laboratoryjnych będących podstawą zakwalifikowania pacjenta do leczenia (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia); 2) w przypadku leczenia rawulizumabem pacjenci o masie ciała < 10 kg; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.96.

LECZENIE CHORYCH Z NOCNĄ NAPADOWĄ HEMOGLOBINURIĄ (PNH) (ICD-10 D59.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: *1) ekulizumabem,* *2) rawulizumabem,* *3) pegcetakoplanem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Leczenie ekulizumabem** **1.1. Kryteria kwalifikacji** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** 1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu	**Dawkowanie** ekulizumabu, rawulizumabu i pegcetakoplanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Wydłużenie czasu między dawkami lub przerwanie podawania możliwe na podstawie decyzji Zespołu Koordynacyjnego pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia. **1) ekulizumab-** podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, a) dawka początkowa maksymalna to 600 mg w infuzji dożylnej, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, b) dawka podtrzymująca maksymalna to 900 mg w infuzji dożylnej w piątym tygodniu, a następnie dawka 900 mg w infuzji dożylnej co 14 ± 2 dni. **2) rawulizumab** - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylnej, b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylnej. Pierwszą dawkę	**1. Leczenie ekulizumabem** **1.1. Badania przy kwalifikacji:** 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH; 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) odczyn Coombsa; 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 11) stężenie mocznika w surowicy krwi; 12) aktywność aminotransferazy asparaginoej (AspAT); 13) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 14) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 15) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi; 16) stężenie sodu w surowicy krwi;

cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:

a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):

- aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN),
- co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:
  – niewydolność nerek,
  – nadciśnienie płucne,
  – znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność;

b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:

- zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,
- zator tętnicy płucnej,
- zdarzenia mózgowo-naczyniowe,
- amputacja,
- zawał mięśnia sercowego,
- napad przemijającego niedokrwienia,
- niestabilna dławica piersiowa,
- zakrzepica żyły nerkowej,
- zakrzepica żył krezkowych,
- zakrzepica żyły wrotnej,
- zgorzel,
- ostre zamknięcia naczyń obwodowych;

2) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia podtrzymującą należy podać 2 tygodnie po dawce nasycającej, a kolejne dawki podtrzymujące należy podawać w infuzji dożylnej co 8 tygodni.

3) pegcetakoplan – podanie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego

a) dawka 1080 mg podawana w infuzji podskórnej dwa razy na tydzień,

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,

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 miesięcy 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

17) stężenie potasu w surowicy krwi;

18) badanie ogólne moczu;

19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;

20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).

1.2. Monitorowanie leczenia

1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:

a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),

b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,

c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,

d) stężenie mocznika w surowicy krwi,

e) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),

f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),

g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:

a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),

b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:

a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,

b) stężenie mocznika w surowicy krwi,

c) aktywność aminotransferaza asparaginowa (AspAT),

leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa; 3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.2. 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 ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z	podskórnie oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni. Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **2. Leczenie rawulizumabem** **2.1. Badania przy kwalifikacji:** **2.1.1. chorych, którzy niestosowali ekulizumabu.** 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii; 3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. **1.3. Kryteria wyłączenia** 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia); 2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 3) karmienie piersią; 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT); 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;		4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) odczyn Coombsa; 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 11) stężenie mocznika w surowicy krwi; 12) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT); 13) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 14) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 15) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi; 16) stężenie sodu w surowicy krwi; 17) stężenie potasu surowicy krwi; 18) badanie ogólne moczu; 19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu; 20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). **2.1.2. Badania przy kwalifikacji chorych, którzy stosowali ekulizumab.** 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH; 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;

7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **2. Leczenie rawulizumabem** **2.1. Kryteria kwalifikacji** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** **2.1.1. Chorzy nieleczeni uprzednio ekulizumabem:** 1) wiek ≥ 18 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych: a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie): • aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN), • co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą: – niewydolność nerek, – nadciśnienie płucne lub duszność,		3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH). **2.1.3. Monitorowanie leczenia** 1) co dwa tygodnie przez pierwsze 10 tygodni: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, d) stężenie mocznika w surowicy krwi, e) aktywność aminotransferazy asparaginowwej (AspAT), f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) po 10 tygodniu, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) po 10 tygodniu, raz na sześć miesięcy, a w uzasadnionych przypadkach raz na dwa miesiące: a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, b) stężenie mocznika w surowicy krwi, c) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT), d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,

– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność, – hemoglobinuria, – bóle brzucha, – niedokrwistość (stężenie hemoglobiny < 10g/dL), – dysfagia, – zaburzenia erekcji, b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym: • zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, • zator tętnicy płucnej, • zdarzenia mózgowo-naczyniowe, • amputacja, • zawał mięśnia sercowego, • napad przemijającego niedokrwienia, • niestabilna dławica piersiowa, • zakrzepica żyły nerkowej, • zakrzepica żył krezkowych, • zakrzepica żyły wrotnej, • zgorzel, • ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka		b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. Ze względu na ryzyko wystąpienia zakażenia meningokokowego/posocznicy meningokokowej (pomimo szczepień ochronnych) każdy chory przyjmujący rawulizumab powinien być monitorowany pod kątem wczesnego wykrycia objawów infekcji meningokokowej. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego rawulizumab należy obserwować przez co najmniej 16 tygodni. Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Leczenie pegcetakoplanem** **3.1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem i z liczbą retikulocytów; 2) trepanobiopsja (jeśli nie wykonywano w okresie ostatnich 6 miesięcy); 3) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA) (odczyn Coombsa); 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 4) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. **2.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii ekulizumabem:** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** 1) wiek ≥ 18 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej; 3) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 6 ostatnich miesięcy; 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≤1,5 górnej granicy normy (GGN); 5) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu		5) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 6) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 7) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT); 8) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 9) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. . **3.2. Monitorowanie leczenia** 1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, d) stężenie mocznika w surowicy krwi, e) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT), f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, b) stężenie mocznika w surowicy krwi, c) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT), d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),

Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.2. 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 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;		e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego pegcetakoplan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni. Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników

3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. **2.3. Kryteria wyłączenia** 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia); 2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 3) karmienie piersią; 4) masa ciała poniżej 40 kg; 5) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT); 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 9) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **3. Leczenie pegcetakoplanem** **3.1. Kryteria kwalifikacji** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** 1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej; 2) wiek ≥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 przeciwskazanie 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		

w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii; 3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania pegcetakoplanu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. **3.3. Kryteria wyłączenia** 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia); 2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 3) karmienie piersią; 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT); 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;		

8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.97.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną substancjami czynnymi: 1) eltrombopag; 2) romiplostym; 3) awatrombopag; 4) rytuksymab. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥18 lat; 2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); 3) niedostateczna odpowiedź na co najmniej jedną wcześniejszą terapię farmakologiczną, w tym brak odpowiedzi na kortykosteroidy lub stwierdzenie steroidozależności lub nietolerancji kortykosteroidów; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 1) zalecana dawka początkowa: 50 mg raz na dobę; 2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta – sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. **2. Dawkowanie romiplostymu** 1) dawka początkowa: 1 µg/kg mc. raz w tygodniu podskórnie, z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia; 2) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego możliwe jest wydanie leku pacjentowi do samodzielnego podania, po odpowiednim przeszkoleniu pacjenta, o ile nie stanowi to zagrożenia dla jego zdrowia i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzenia terapii. Lek powinien być wydany w ilości każdorazowo nie większej niż	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby: a) AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia **eltrombopagiem lub rytuksymabem,** b) AST, AlAT, bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia **romiplostymem,** lub **awatrombopagiem;** 3) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA – dotyczy kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem**; 4) oznaczenie stężenia immunoglobulin (IgG, IgA, IgM) w surowicy krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem**; 5) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60

5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń, w tym aktywnego zapalenia wątroby typu B – w przypadku kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem;**

6) zgoda pacjentki na stosowanie wysoce skutecznej metody zapobiegania ciąży podczas stosowania **rytuksymabu** i przez 12 miesięcy od zakończenia leczenia (w przypadku kobiet w wieku rozrodczym).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Dodatkowo, w celu kontynuacji terapii do programu lekowego mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni w ramach programu lekowego „Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)", którzy osiągnęli pełnoletniość, bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.

W przypadku leczenia rytuksymabem czas terapii trwa 4 tygodnie i jest ograniczony do jednego cyklu.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;

2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

niezbędna do zabezpieczenia 3 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 4 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

3. Dawkowanie awatrombopagu

1) zalecana dawka początkowa: 20 mg raz na dobę;

2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;

3) sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

4. Dawkowanie rytuksymabu

1) zalecana dawka: 375 mg/m^2 we wlewie dożylnym raz w tygodniu;

2) czas trwania cyklu: 4 tygodnie;

3) 30 minut przed wlewem rytuksymabu należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.

lat, chorych z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami;

6) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do leczenia **eltrombopagiem**;

7) elektrokardiogram (EKG) – dotyczy kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem;**

8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.

2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek (≥ 50 000/µl przez co najmniej 4 tygodnie):

a) wykonywane co 1 tydzień:

– morfologia krwi z rozmazem;

b) w przypadku leczenia **eltrombopagiem** - wykonywane co 2 tygodnie:

– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita);

2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek:

a) wykonywane co 1 miesiąc:

– morfologia krwi z rozmazem,

– w przypadku leczenia **eltrombopagiem**: parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita),

– w przypadku leczenia **romiplostymem** lub **awatrombopagiem** parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita) –

3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) zaburzenia czynności wątroby: a) wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem, b) wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem; 5) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać, albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby, - dotyczy wyłącznie chorych leczonych **eltrombopagiem;** 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak odpowiedzi na leczenie: a) eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), albo		wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia romiplostymem lub awatrombopagiem; 3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi – trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulinowego; 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie: – morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie okulistyczne co 12 miesięcy – dotyczy leczenia **eltrombopagiem**. W przypadku pacjentów leczonych rytuksymabem obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie (morfologia krwi z rozmazem) powinna być prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie. W celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta rodzaj odpowiedzi na leczenie w oparciu o liczbę płytek krwi i krwawienia: 1) R (odpowiedź): liczba płytek ≥ 30 G/l oraz co najmniej jej dwukrotne zwiększenie w stosunku do wyjściowej liczby płytek i brak krwawień; 2) CR (całkowita odpowiedź): liczba płytek ≥ 100 G/l i brak krwawień;

b) romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia, albo c) awatrombopagiem w dawce 40 mg raz na dobę, podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia, jeśli liczba płytek krwi nie zwiększy się do ≥ 50 x 10^9/L; 8) trwała remisja choroby niewymagająca jakiegokolwiek leczenia; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. W przypadku braku odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwskazań do stosowania danego leku, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego.		3) NR (brak odpowiedzi): liczba płytek < 30 G/l lub niższa od dwukrotności wyjściowej liczby płytek lub obecność krwawień. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez lekarza prowadzącego, który podejmuje decyzję o zmianie sposobu leczenia lub wyłączeniu pacjenta z programu lekowego. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.98.

LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 1) wiek 1-18 lat; 2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy) lub przetrwałej (rozumianej jako trwającej powyżej 6 miesięcy) pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); 3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze leczenie farmakologiczne ITP. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do leczenia agonistą receptora trombopoetyny (rTPO) mogą być włączani również pacjenci, którzy uzyskali niedostateczną odpowiedź lub wykazują nietolerancję na inny preparat z grupy agonistów rTPO, oraz spełniają kryteria kwalifikacji. **1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia rytuksymabem** 1) wiek 1-18 lat;	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi: – 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat, – 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego; 2) maksymalna dawka dobowa wynosi 75 mg; 3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./µl. **2. Dawkowanie romiplostymu** 1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne;	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); 3) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu; 4) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi: a) wykonywane co 1 tydzień (dla wszystkich): – morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, b) wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem): – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);

2) rozpoznanie opornej na immunosupresję małopłytkowości immunologicznej (trwającej powyżej 4 miesięcy); 3) zagrażająca życiu małopłytkowość immunologiczna z cechami krwawienia lub liczbą płytek poniżej 20 tys/µL; 4) niedostateczna odpowiedź na leczenie kortykosteroidami, IGIV lub agonistów rTPO. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Pacjenci pozostający w leczeniu w ramach tego programu lekowego, po osiągnięciu pełnoletniości mogą być leczeni w programie lekowym „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)" bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do ww. programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3. W przypadku leczenia rytuksymabem czas terapii nie powinien być dłuższy niż 4 tygodnie. Obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie jest prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie.	2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 µg/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia; 3) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta oraz zmiany masy ciała - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalające utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./µl. **3. Dawkowanie rytuksymabu** 1) zalecana dawka: 375 mg/m^2 we wlewie dożylnym raz w tygodniu; 2) 30 minut przed wlewem rytuksymabu należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.	2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u wszystkich odpowiadających pacjentów: a) wykonywane co 1 miesiąc: – morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, b) wykonywane co 3 miesiące: – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); 3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi: a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie; 4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem; 5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej 250x10^9/l, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 razy w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej 100x10^9/l. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) zaburzenia czynności wątroby: – wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem, – wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem; 3) wyłącznie w przypadku leczenia eltrombopagiem: istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać, albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) brak odpowiedzi na leczenie: – eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), lub		rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

– romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.99.

LECZENIE AKROMEGALII (ICD-10 E22.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie pasyreotydem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT); 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki), które nie doprowadziło do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni; 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe);	**1. Leczenie pasyreotydem** **1.1. Dawkowanie** Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH ≥2,5 µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) najwcześniej po 12 tygodniach leczenia, dawka pasyreotydu może zostać zwiększona do 60 mg podawana co 28 dni. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub nadmiernej odpowiedzi na leczenie dawka pasyreotydu może zostać zmniejszona o 20 mg lub preparat powinien zostać odstawiony. Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni. **1.2. Sposób podawania** 1) Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym	**1. Leczenie pasyreotydem** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań, zwłaszcza w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego i metabolicznych (cukrzyca i zaburzenia tolerancji węglowodanów); 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQol); 3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy; 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);

5) pacjenci, którzy nie byli dotychczas operowani mogą być kwalifikowani do leczenia pasyreotydem wyłącznie w sytuacji, gdy leczenie chirurgiczne nie jest możliwe i nie uzyskano kontroli biochemicznej choroby po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni.

Kwalifikacja do leczenia pasyreotydem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4 łącznie lub 1, 2, 5 łącznie.

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

Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.

1.2. Kryteria wyłączenia

1) kandydaci do leczenia operacyjnego;
2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;
3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 1.3.1) *Schematu dawkowania*;
4) objawowa kamica żółciowa;

wykonywanym przez fachowy personel medyczny.

2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym.

1.3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

1) Jeżeli u pacjenta leczonego pasyreotydem wystąpi hiperglikemia, zaleca się rozpoczęcie lub zmianę leczenia przeciwcukrzycowego według wytycznych dotyczących postępowania w hiperglikemii. Jeżeli niekontrolowana hiperglikemia utrzymuje się pomimo odpowiedniego leczenia, dawkę pasyreotydu należy zmniejszyć lub należy przerwać leczenie.
2) Zaburzenia czynności wątroby:
   a) w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa A wg skali Child-Pugha) dostosowanie dawkowania nie jest konieczne;
   b) w przypadku pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa B wg. skali Child-Pugha) zalecana dawka początkowa wynosi 20 mg co 4 tygodnie. Maksymalna dawka zalecana

6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR;
7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;
8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);
9) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem

1) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia (3 dawki pasyreotydu) należy wykonać ocenę stężenia GH i stężenia IGF-1 w surowicy. Oznaczenia GH i IGF-1 należy powtarzać w okresie leczenia pasyreotydem co 3 miesiące;
2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
3) oznaczanie stężenia glukozy we krwi i / lub ocena stężenia glukozy w osoczu na czczo – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4

5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child–Pugha);

6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;

7) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);

8) okres ciąży lub karmienia piersią;

9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;

10) brak odpowiedzi na leczenie po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce, w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako:

a) obniżenie stężenia GH o > 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu <2,5 µg/l

lub

b) obniżenie stężenia IGF-1 o >40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1

lub

c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza > 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu przeprowadzanym przy kwalifikacji do programu.

u tych pacjentów wynosi 40 mg co 4 tygodnie;

c) w przypadku pacjentów z żółtaczką lub innymi objawami sugerującymi klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN należy monitorować stan pacjenta po przerwaniu leczenia pasyreotydem do czasu ustąpienia nieprawidłowości. Leczenia nie należy wznawiać, jeśli w ocenie lekarza nieprawidłowa czynność wątroby ma związek z pasyreotydem.

3) Należy zachować ostrożność oraz dokonać uważnej oceny stosunku korzyści do ryzyka stosując pasyreotyd u pacjentów narażonych na istotne ryzyko wystąpienia wydłużenia odstępu QT w EKG.

2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Dawkowanie

1) Pegwisomant należy podawać we wstrzyknięciach podskórnych.

tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia;

4) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia. Ponadto należy monitorować wartość stężenia HbA1c po 3 tygodniach od zakończenia leczenia;

5) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;

6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych;

7) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;

8) oznaczenie poziomu magnezu i potasu według wskazań klinicznych;

9) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, nie rzadziej niż 1 raz do roku i w każdym przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;

10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;

11) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).

1.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) wiek powyżej 18 roku życia;
2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);
3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii;
4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego i (lub) radioterapii (ponowna operacja lub radioterapia w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne i radioterapia nie są możliwe);
2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.
3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórnie pod nadzorem lekarza.
4) Następnie 10 mg pegwisomantu należy podawać raz na dobę we wstrzyknięciu podskórnym. Dawki należy dostosowywać na podstawie stężenia IGF-1 w surowicy. Należy oznaczać stężenia IGF-1 w surowicy co 4 do 6 tygodni i stopniowo zwiększać dawkę tak, aby utrzymywać stężenia IGF-1 w surowicy, w zakresie właściwym dla płci i wieku i uzyskać optymalną odpowiedź terapeutyczną. Maksymalna dawka wynosi 30 mg/dobę.

2.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

1) niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym, w przypadku wystąpienia w trakcie terapii pegwisomantem zaburzeń widzenia i/lub bólu głowy;
2) zaburzenia czynności wątroby: przerwanie podawania pegwisomantu w przypadku utrzymywania się objawów choroby wątroby;
3) dostosowanie dawki insuliny lub innych przyjmowanych jednocześnie leków u
2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Badania przy kwalifikacji

1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań;
2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQol).
3) ocena hormonalna: stężenie GH, stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;
4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki w okresie do 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);
6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem;
7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;

2.2. Monitorowanie leczenia

1) stężenie IGF-1 w surowicy mierzone co 4 do 6 tygodni w czasie stopniowego zwiększania dawki leku celem uzyskania optymalnej kontroli terapeutycznej, a następnie ocena co 3 miesiące;
2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-

5) nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny II generacji o przedłużonym działaniu tj. pasyreotydem w dawce 60 mg lub nietolerowanie takiej terapii; 6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c > 7% (> 53 mmol/mol). Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4. W przypadku gdy pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia pasyreotydem zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu (pkt. 1.1.), kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4, 5 łącznie lub 1, 2, 3 ,4, 6 łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pegwisomantem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) kandydaci do leczenia operacyjnego; 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;	osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego; 4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.	przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 3) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT w surowicy co 4 do 6 tygodni przez sześć pierwszych miesięcy terapii pegwisomantem oraz w przypadku objawów sugerujących ryzyko wystąpienia zapalenia wątroby; 4) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie oznaczenia eGFR i wydalanie białka z moczem, a następnie zgodnie ze wskazaniami klinicznymi lub co pół roku - w przypadku braku pogorszenia; 5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi; 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, po 3 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia; 7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy; 8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m^2 oraz utrata białka >3 g/1,73m^2; 4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT > 5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT); 5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne); 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy nie uzyskano normalizacji stężenia IGF-1 odpowiednio dla płci i wieku, po co najmniej 12 miesięcznym okresie podawania pegwisomantu w najwyższej tolerowanej dawce; **2.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.		2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.101.

LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie: 1) dorosłym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: a) *alirokumabem,* b) *ewolokumabem,* c) *inklisiranem,* 2) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: a) *lomitapidem,* 3) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: a) *ewolokumabem,* 4) dorosłym pacjentom z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego: a) *alirokumabem,* b) *ewolokumabem,* c) *inklisiranem,* 5) pediatrycznym pacjentom z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: a) *ewolokumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie** **1.1. Alirokumab** 150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie lub 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie (miesięcznie). **1.2. Ewolokumab** 1) heterozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej: a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie, 2) bardzo wysokie ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego: a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie, 3) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej: a) zalecana dawka początkowa to 420 mg raz w miesiącu. Po 12 tygodniach leczenia, częstość dawkowania może być stopniowo zwiększana do 420 mg raz na 2 tygodnie, jeśli nie została uzyskana odpowiedź	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie lipidogramu; 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT); 3) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dodatkowo w przypadku terapii alirokumabem, ewolokumabem, inklisiranem: a) oznaczenie stężenia kreatyniny oraz badanie eGFR, b) oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej (CK); 5) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem: a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej (AspAT) i fosfatazy alkalicznej (ALP), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.5.;
2) brak hiperlipidemii wtórnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.4.;
3) brak homozygotycznej postaci hipercholesterolemii rodzinnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.5.;
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym;
5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;
7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia

1.2.1. dorosłych pacjentów z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem

1) potwierdzona diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network;
2) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:
   a) intensywnego leczenia statynami (stosowanego łącznie przez 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc) w maksymalnych istotna klinicznie. U pacjentów, u których wykonywana jest afereza, można rozpocząć leczenie dawką 420 mg podawaną raz na dwa tygodnie w taki sposób, aby schemat dawkowania dopasować do harmonogramu zabiegów aferezy.

1.3. Inklisiran

284 mg inklisiranu w pojedynczym wstrzyknięciu podskórnym podawanym: po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.

Dawki pominięte:

Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie krótszym niż 3 miesiące, należy podać inklisiran i kontynuować podawanie leku zgodnie z pierwotnym harmonogramem.

Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie przekraczającym 3 miesiące, należy rozpocząć nowy schemat dawkowania – inklisiran należy podać po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.

1.4. Lomitapid

Zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg raz na dobę. Po 2 tygodniach dawkę można zwiększyć do 10 mg, zależnie od akceptowalnego poziomu bezpieczeństwa i tolerancji leku przez pacjenta, a następnie, w odstępach minimum 4 tygodni, do 20
   d) oznaczenie stężenia albumin w surowicy krwi,
   e) oznaczanie aktywności transpeptydazy gamma - glutamylowej (GGTP),
   f) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;
6) dodatkowo w przypadku terapii ewolokumabem pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:
   a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia - na każdej wizycie;
2) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem:
   a) stężenie cholesterolu i trójglicerydów przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,
   b) w pierwszym roku leczenia należy wykonywać badania czynności wątroby (przynajmniej oznaczenie AlAT i AspAT) przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,
   c) po pierwszym roku należy wykonywać badania czynności wątroby przynajmniej

tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem w dawce 10 mg lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące); albo 3) pacjenci, z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewolokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.). **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	mg, 40 mg i do maksymalnej zalecanej dawki 60 mg. **2. Modyfikacja dawkowania** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	co 3 miesiące i przed każdym zwiększeniem dawki, d) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby (co roku). **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie lipidogramu. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. W przypadku leczenia: a) *alirokumabem* lub *ewolokumabem* (dotyczy pacjentów dorosłych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy, b) *ewolokumabem* (dotyczy pacjentów pediatrycznych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 6 miesięcy, c) *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

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 miesiąc lub b) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowane przez łącznie 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc lub c) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące). **1.2.3. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem** 1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego; 2) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) zoptymalizowanego leczenia hipolipemizującego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT) (stosowanego nie krócej niż 3 miesiące), lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak		leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) zmiana stężenia LDL-C; b) zmiana stężenia TC; c) zmiana stężenia HDL; d) zmiana stężenia trójglicerydów; e) procentowy spadek liczby zabiegów LDL aferezy. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące); albo 3) pacjenci, z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewolokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.). **1.2.4. dorosłych pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem** 1) LDL-C >70 mg/dl (1,8 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami (stosowanego łącznie przez co najmniej 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc) w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem, lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące). 2) przebyty zawał serca z udokumentowaną w koronarografii lub tomografii miażdżycą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 24 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego oraz dodatkowym jednym zdarzeniem sercowo-naczyniowym:		

a) wieńcowym: – z dodatkowo przebytym zawałem serca w wywiadzie lub – wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach lub – wiekiem poniżej 50 lat w chwili pierwszego zawału, lub – po uprzednio wykonanym zabiegu PCI lub CABG wielonaczyniowej choroby wieńcowej, b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako: – choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.: i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85 lub ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych lub iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej lub – choroba tętnic mózgowych, tj.: i. przebyty udar mózgu niedokrwienny lub ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA) lub iii. przebyta rewaskularyzacja tętnic dogłowowych. **1.2.5. pediatrycznych pacjentów z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem** 1) wiek 10 – 18 lat;		

2) potwierdzona diagnoza hipercholesterolemii rodzinnej na podstawie wyniku: skali Dutch Lipid Clinic Network w przypadku heterozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HeFH) albo na podstawie badania genetycznego w przypadku homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH); 3) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) zoptymalizowanego leczenia hipolipemizującego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT) (stosowanego nie krócej niż 3 miesiące), lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie**		

Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 4. Dla pacjentów zakwalifikowanych zgodnie z punktem 1.2.5. terapia może być kontynuowana po ukończeniu przez pacjenta 18 roku życia, pod warunkiem przeniesienia leczenia do ośrodka dla dorosłych zgodnie z ppkt. 1.2.1.3. albo 1.2.3.3. **3. Zamiana leków** W przypadku wystąpienia u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, objawów niepożądanych albo okoliczności wskazanych w pkt. 4.2., albo ze względu na bezpieczeństwo pacjenta dopuszcza się możliwość zamiany leków: a) alirokumab lub ewolokumab na inklisiran, lub b) inklisiran na alirokumab lub ewolokumab. Niedopuszczalna jest zamiana leków w obrębie tej samej grupy farmakoterapeutycznej, rozumiana jako zamiana leczenia alirokumabem na ewolokumab albo ewolokumabem na alirokumab. Powyższe nie dotyczy pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku; 2) brak skuteczności terapii: a) w przypadku leczenia alirokumabem lub ewolokumabem (dotyczy pacjentów dorosłych): rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach, a w przypadku leczenia inklisiranem: rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach,		

potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej: – w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktami 1.2.1. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5., (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3), – w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3); b) w przypadku leczenia lomitapidem rozumiany jako: – redukcja stężenia LDL-C o < 40%, u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej 40%, albo stężenie LDL-C wyższe niż 2 mmol/L u pacjentów wymagających mniejszej niż 40% redukcji stężenia LDL-C (w stosunku do wartości wyjściowej określonej w momencie włączenia do programu lekowego), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca) - dotyczy pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni LDL aferezą; – redukcja stężenia LDL-C o < 40%, u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej 40% oraz zmniejszenie o mniej niż 50% liczby wymaganych zabiegów aferezy albo stężenie LDL-C wyższe niż 2 mmol/L u pacjentów wymagających mniejszej niż 40% redukcji stężenia LDL-C oraz zmniejszenie o mniej niż 50% liczby wymaganych zabiegów aferezy (w stosunku do wartości wyjściowej określonej przed rozpoczęciem procedury LDL aferezy), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca) - dotyczy		

pacjentów, u których była stosowana LDL afereza w chwili włączenia do programu lekowego; c) w przypadku leczenia ewolokumabem (dotyczy pacjentów pediatrycznych): rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 5 %, po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej: – w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktem 1.2.5., – w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii; W przypadku pacjentów, u których przed ukończeniem 18 r.ż. nie przeprowadzono oceny skuteczności po pierwszych 3 miesiącach leczenia, ocena taka przeprowadzana jest w ośrodku dla dorosłych, a brak skuteczności leczenia rozumiany jest jako: redukcja stężenia LDL-C o < 30% po pierwszych 3 miesiącach leczenia a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej jak powyżej. 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i		

bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.102.FM.

LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10: G12.0, G12.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji i monitorowania skuteczności leczenia świadczeniobiorców w okresie pozostawania w programie, dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
Program lekowy obejmuje terapie następującymi substancjami czynnymi:
1) onasemnogen abeparwowek;
2) nusinersen;
3) rysdyplam.
Powyższych terapii nie należy traktować jako linii leczenia.

1. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek
1.1. Kryteria kwalifikacji
1) pacjenci przedobjawowi i objawowi z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 badani w ramach Rządowego Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce lub prenatalnie w Polsce;
2) wiek do 6 miesiąca życia (<180 dni) w momencie podania leku;</td>
<td>1. Dawkowanie onasemnogenu abeparwoweku
Dawkowanie onasemnogen abeparwowek oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).

2. Dawkowanie nusinersenu
Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).
W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami.
W uzasadnionych kliniczne przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną onasemnogen abeparwowek
1) badanie ogólnolekarskie;
2) badanie miana przeciwciał AAV9;
3) badanie czynności wątroby: AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, GGTP;
4) morfologia krwi z rozmazem;
5) liczba płytek krwi;
6) stężenie troponiny I;
7) badanie genetyczne potwierdzające bialleliczną mutację genu SMN1;
8) badanie określające ilość kopii genu SMN2 z wykorzystaniem techniki MLPA lub innych specyficznych technik;
9) ocena zdolności połykania;
10) badanie zaburzeń nerwowo-mięśniowych w skali CHOP-INTEND;
11) ocena kamieni milowych rozwoju motorycznego w skali WHO;
12) określenie masy ciała pacjenta w stosunku do wieku z wykorzystaniem siatek centylowych;</td>
</tr>
</table>

3) zachowana zdolność połykania w ocenie lekarza kwalifikującego; 4) ocena w skali CHOP – INTEND powyżej 12 punktów w momencie podania leku; 5) posiadanie aktualnych informacji o szczepieniach obowiązkowych; 6) brak jakiegokolwiek wcześniejszego leczenia z powodu SMA, w tym: a) brak wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen lub rysdyplam w ramach niniejszego programu lekowego; b) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach badań klinicznych; c) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach programów wczesnego dostępu; d) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach innego sposobu finansowania terapii; 7) świadoma zgoda rodziców lub opiekunów prawnych pacjenta na warunki programu lekowego oraz harmonogram wizyt. 8) brak przeciwwskazań określonych w punkcie 1.2. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Kryteriów opisanych w punkcie 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów leczonych nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu po ustąpieniu przeciwwskazań do terapii onasemnogen abeparwowek opisanych w punkcie 1.2. (pierwotnie pacjent nie otrzymał onasemnogen abeparwowek ze względu na wystąpienie przeciwwskazań). Kryteriów opisanych w punkcie 1, 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów przedobjawowych i objawowych z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu	**3. Dawkowanie rysdyplamu** Dawkowanie rysdyplamu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).	13) badanie stężenia kreatyniny i mocznika; 14) badanie poziomu hemoglobiny; 15) inne badania i konsultacje specjalistyczne o ile są wskazania, w tym: konsultacja gastrologa, konsultacja pulmonologa, EKG. **1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną nusinersen** 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1; 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2; 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA; 4) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta; 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram); 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) konsultacja anestezjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego; 8) konsultacja ortopedyczna – w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 9) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 10) test ciążowy - u kobiet w wieku reprodukcyjnym. **1.3. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną rysdyplam**

SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 urodzonych przed 1 września 2022 r. i leczonych od momentu diagnozy nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu. W opinii lekarza prowadzącego pacjent ten ma prawidłowy stan odżywienia. Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia SMA z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek i otrzymali leczenie z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek, przez wzgląd na brak dowodów naukowych przedstawianych w ramach procesów refundacyjnych w Polsce, nie mogą być włączeni do leczenia SMA z wykorzystaniem nusinersenu lub rysdyplamu finansowanego w ramach niniejszego programu lekowego. **1.2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu** 1) tracheostomia i konieczność stosowania wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub konieczność nieinwazyjnego wspomagania wentylacji średnio ≥ 16 godzin dziennie przez 7 dni przed kwalifikacją do programu; 2) niewydolność oddechowa od urodzenia; 3) masa ciała mniejsza niż 2,6 kg lub większa niż 13,5 kg; 4) zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej; 5) znana aktywna infekcja uniemożliwiająca zastosowanie terapii; 6) choroby współistniejące uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego; 7) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku, znana alergia lub nadwrażliwość na		1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1; 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2; 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina); 6) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta; 7) konsultacja ortopedyczna - w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 8) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 9) test ciążowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii oraz przez 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki - u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek** **2.1.1. Ocena skuteczności leczenia** 1) badanie neurologiczne i w skali funkcjonalnej odpowiedniej do wieku i stanu pacjenta po podaniu leku przeprowadza się w 3, 6, 9, 12, 15, 21, 24, 27, 36, 48 miesiącu po podaniu leku; 2) monitorowanie leczenia przez okres 48 miesięcy od podania leku z substancją czynną onasemnogen abeparwowek polega na ocenie kryteriów, które umożliwią ewentualne stwierdzenie braku skuteczności leczenia lub braku osiągnięcia kamieni milowych;

prednizolon lub inne glikokortykosteroidy lub ich substancje pomocnicze; 8) miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9)> 1:50 określone w teście ELISA - wynik uzyskany nie więcej niż 30 dni przed podaniem leku; 9) klinicznie istotne nieprawidłowe wartości laboratoryjne (gamma-glutamylotranspeptydaza [GGTP], AlAT i AspAT > 2 × GGN, bilirubina ≥ 2,0 mg/dl, kreatynina ≥ 1,0 mg/dl, hemoglobina [Hgb] < 8 lub > 18 g/dl; białe krwinki [WBC]> 20 000 na mm^3), PLT poniżej 50 tys. w mm^3 przed genową terapią zastępczą; 10) inne wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **1.3. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia w programie lekowym następuje w przypadku stwierdzenia przez Zespół Koordynujący braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych u pacjenta leczonego z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek. Stwierdzenie braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych lekarz prowadzący musi udokumentować w SMPT. Zakończenie leczenia w programie lekowym musi zostać potwierdzone przez Zespół Koordynujący. **2. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen** **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym lub pacjenci zdiagnozowani również w ramach Rządowego		3) jako brak skuteczności uznaje się: a) konieczność włączenia stałej wentylacji mechanicznej w okresie 48 miesięcy od dnia podania leku, rozumianej jako: – inwazyjna wentylacja poprzedzona wykonaniem zabiegu tracheostomii trwająca przez co najmniej 16 godzin dziennie, w sposób ciągły przez co najmniej 14 kolejnych dni (przy braku ostrej, odwracalnej choroby i z wyjątkiem wentylacji okołooperacyjnej), – stała wentylacja mechaniczna – należy udokumentować za pomocą 1 zdjęcia wykonanego w dniu stwierdzenia tego faktu oraz potwierdzić kodem ICD-9: 31.29 w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w systemie rozliczeniowym NFZ. b) utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju motorycznego w okresie 48 miesięcy od podania leku. Uzyskane kamienie milowe rozwoju motorycznego należy rozumieć jako umiejętności zgodne z definicją WHO: samodzielne siedzenie, stanie bez podparcia, chodzenie bez podparcia, zdobyte w okresie przed podaniem leku oraz w dowolnym czasie po podaniu leku, a następnie utracone przez pacjenta w wyniku progresji choroby podstawowej (SMA). 4) jako brak osiągnięcia kamieni milowych rozwoju motorycznego (dotyczy pacjentów przedobjawowych) uznaje się: a) nieuzyskanie umiejętności siedzenia bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 12 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 15 miesiącu życia pacjenta.

Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce. 2) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek w ramach niniejszego programu lekowego; 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt 2.3. 4) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwowekiem, rysdyplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów 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 zakwalifikowani pacjenci leczeni uprzednio rysdyplamem w ramach niniejszego programu lekowego, u których wystąpiła wyłącznie nietolerancja leczenia rysdyplamem. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:		b) nieuzyskanie umiejętności stania bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 20 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 23 miesiącu życia pacjenta. **2.1.2. Badania laboratoryjne** 1) co tydzień przez pierwszy miesiąc po podaniu leku, a następnie co 2 tygodnie w drugim i trzecim miesiącu lub dłużej (do czasu powrotu parametrów do wartości początkowej): a) badanie aktywności aminotransferaz wątrobowych i poziom bilirubiny całkowitej; b) badanie liczby płytek krwi; c) stężenie troponiny I; d) inne badania i pomiary konieczne ze względu na stan zdrowia (np. ciśnienie tętnicze) w zależności od decyzji lekarza prowadzącego. **2.2. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen** 1) badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki; 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących; 3) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji; 4) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta; 5) ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku;

1) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę. Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wniosek o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający: 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach, 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego. Po podaniu 6 dawki, niezależnie od mechanizmu finansowania terapii w jakim to nastąpiło, a następnie przed podaniem każdej kolejnej dawki przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia. Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. **2.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;		6) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram), wykonywane przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu; 7) morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu; 8) w przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym – test ciążowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki; **2.3. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam** 1) badanie neurologiczne po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy; 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) nie rzadziej niż co 6 miesięcy; 3) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby – po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy; 4) morfologia krwi z rozmazem - po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy; 5) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji; 6) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta; 7) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej w zależności od stanu pacjenta, ale nie rzadziej niż raz do roku; 8) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym - test ciążowy co 6 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

2) przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego; 3) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego; 4) pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali: a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące lub b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące; 5) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii: 6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. **3. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam** **3.1. Kryteria kwalifikacji** 1) pacjenci wcześniej nie leczeni w ramach niniejszego programu lekowego: a) z klinicznym rozpoznaniem SMA typu 1, typu 2 lub typu 3 lub b) z bialleliczną mutacją genu SMN1 i posiadający od jednej do czterech kopii genu SMN2;		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii: a) przeżycie (niewystąpienie zgonu), b) konieczności wykonania tracheostomii, c) konieczności stałej wentylacji, d) zależności od wspomagania wentylacji, e) osiągnięcie kamieni milowych, dotyczących etapów rozwojowych w zakresie funkcji motorycznych, f) utrata uzyskanych uprzednio kamieni milowych, g) wyniki testu zaburzeń nerwowo-mięśniowych (CHOP-INTEND) w stosunku do wartości przed podaniem leku, h) wymaganie wspomagania żywienia innego niż żywienie doustne. Dodatkowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia dokumentacji w formie nagrań wideo oraz zdjęć umożliwiających ocenę skuteczności terapii pacjenta. Nagranie wideo powinno zostać wykonane techniką cyfrową, w jakości HD (High Density) i obejmować okres 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

2) pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach niniejszego programu lekowego: a) u których stwierdzono przeciwwskazania do terapii nusinersenem w trakcie leczenia nusinersenem, lub b) których stan neurologiczny w czasie terapii nusinersenem uległ pogorszeniu według kryteriów wyłączenia z terapii nusinersenem - punkt 2.3.4 programu lekowego B.102.FM; lub c) u których występują wielokrotne (dwa lub więcej) objawy niepożądane nakłucia lędźwiowego wymagające interwencji medycznej; 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni rysdyplamem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt. 3.3; 4) do leczenia rysdyplamem kwalifikują się pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek w ramach niniejszego programu lekowego; Kryterium 4 musi być spełnione w każdym przypadku. W przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwowekiem, nusinersenem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz		przeprowadzonych w chwili uzyskania danego kamienia milowego oraz w momencie jego utraty z potwierdzeniem tego faktu po 3 miesiącach. Ponadto, Świadczeniodawca zapewni dostęp Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni do dokumentacji medycznej pacjentów leczonych z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek objętych programem lekowym, w szczególności do zdjęć lub nagrań wideo dokumentujących badania wymagane do oceny skuteczności lub oceny kamieni milowych rozwoju motorycznego wymienionych w pkt 2.1.1. monitorowania leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek. 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii: 1) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały kryteria pozostania w programie. 2) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę. Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wniosek o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający: 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach, 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Łączny czas leczenia pacjenta rysdyplamem zależy od decyzji lekarza prowadzącego. Po 6 miesiącach przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia. Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla		

dorosłych tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. **3.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) pogorszenie w, odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali: a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy lub b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy; 2) wystąpienie w trakcie trwania terapii któregokolwiek z przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; W takim przypadku po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni możliwa jest zmiana leczenia na nusinersen (dotyczy pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni nusinersenem). 3) ciąża; 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		

Załącznik B.104.

LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO (ICD 10 E.75.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem** Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjentci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3. Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4. 1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia; 2) Pacjenci ze stwierdzoną objawową (wystąpienie co najmniej jednego z powikłań narządowych, niewyjaśnionych w pełni przez inną przyczynę) klasyczną lub nieklasyczną postacią choroby Fabry'ego;	**Dawkowanie agalzydazy beta** Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylnej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. **Dawkowanie agalzydazy alfa** Agalzydaza alfa jest podawana w dawce 0,2 mg/kg masy ciała, co drugi tydzień, we wlewach dożylnych trwających około 40 minut. Podawanie preparatu agalzydazy alfa prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. **Dawkowanie migalastatu** Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3); 2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy(zgodnie z kryteriami kwalifikacji); 3) Morfologia krwi z rozmazem; 4) Wysokość i masa ciała; 5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; ogólne badanie moczu; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR); wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria; stężenie glukozy na czczo i lipidogram; troponina; 6) USG jamy brzusznej z oceną nerek; 7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej; 8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 9) Rezonans magnetyczny mózgu;

3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem: a) u mężczyzn: badania biochemicznego aktywności alfa galaktozydazy A (brak lub znaczny niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie - norma wyniku musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, w osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; b) u kobiet: badanie biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie; chociaż w przypadku ewidentnych objawów klinicznych choroby prawidłowa aktywność alfa galaktozydazy A nie wyklucza kwalifikacji do terapii – norma laboratorium musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetycznego wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; 4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz GFR $\geq$ 30 ml/min/1,73 m^2; Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z		10) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angiokeratomy); 11) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach); 14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). **2. Monitorowanie leczenia** Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań: 1) Wysokość i masa ciała; 2) Morfologia krwi z rozmazem; 3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego

programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii. **3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa lub migalastatem** 1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat); 2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu; 3) Jednoczasowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu; 4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa; 6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu; 7) GFR < 30 ml/min/1,73m^2 - dotyczy migalastatu: 8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby; 9) Ciąża lub laktacja;		(eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram; 4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach); 5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba); 7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku; 8) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 9) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3); 10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach); 11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);

10) Zaawansowana choroba serca z rozległymi zwłóknieniami lub schyłkowa niewydolność serca (NYHA 4) bez możliwości przeszczepu, o ile choroba serca jest jedynym (objawowym) wskazaniem do rozpoczęcia terapii; 11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN; 12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu; 13) Końcowe stadium choroby Fabry'ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy. **4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem** 1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych; 3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzonem lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa; 4) Ciąża lub laktacja; 5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia; 6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.105.

LECZENIE CHORYCH NA ZAPALENIE BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) (ICD-10: H20.0, H30.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W programie finansuje się:
1) systemowe leczenie immunologiczne – adalimumabem;
2) leczenie miejscowe – deksametazonem w postaci implantu doszklistkowego.
Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN, opisane w standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standarization of Uveitis Nomenclature).

1. Kryteria kwalifikacji
Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.
1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji
1) wiek 18 lat i powyżej;
2) potwierdzenie niezakaźnego przewlekłego, przetrwałego lub nawrotowego zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – części pośredniej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej;</td>
<td>1. Dawkowanie
Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.

1.1. Dawkowanie adalimumabu
80 mg początkowo, podskórnie.
Następnie, po tygodniu od dawki początkowej, 40 mg podskórnie co dwa tygodnie.

1.2. Dawkowanie deksametazonu
Jeden implant doszklistkowo, nie częściej niż co 6 miesięcy.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do programu
Muszą zostać wykonane badanie ogólne (1.1.) oraz badania szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Badania ogólne
1) badanie okulistyczne obejmujące:
a) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS,
b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego,
c) ocenę dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT),
d) badanie ultrasonograficzne (typ B) gałki ocznej,
e) ocenę stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka według kryteriów SUN,
f) ocenę stopnia przymglenia ciała szklistego według kryteriów SUN.

1.2. Szczegółowe badania przy kwalifikacji do terapii
1.2.1. Adalimumabem
1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie poziomu płytek krwi (PLT);</td>
</tr>
</table>

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 ≤10 mg prednizolonu lub dawce równoważnej innego leku sterydowego lub – przy terapii lekami immunosupresyjnymi lub – przy kombinacji obu powyższymi terapiami po kursie leczenia trwającym 15 tygodni lub b) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną, u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące: – do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub – w czasie stabilizacji choroby po odstawieniu obu typów leków, trwającej krócej niż 3 miesiące		3) odczyn Biernackiego; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie poziomu białka C-reaktywnego we krwi (CRP); 8) oznaczenie stężenia elektrolitów w surowicy krwi; 9) badanie ogólne moczu; 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) test na kiłę; 12) test na boreliozę; 13) oznaczenie obecności antygenu HBs; 14) oznaczenie przeciwciał anty-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 Koordynacynego.

lub c) występowanie przeciwwskazań lub nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych. Choroba nieaktywna definiowana jest jako: 1) brak aktywnej zapalnej zmiany naczyniówki i siatkówki lub naczyń siatkówki; 2) stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka 0,5+ według kryteriów SUN; 3) stopień przymglenia ciała szklistego oka 0,5+ według kryteriów SUN. **1.1.2. *Deksametazonem w postaci implantu*** a) obecność klinicznie znamiennego obrzęku plamki w przebiegu ZBN; b) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku w zakresie 0,1 – 0,8, określona na tablicach Snellena lub ETDRS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		**2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1.1. *Adalimumabem*** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) CRP; 3) odczyn Biernackiego; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) test Quantiferon lub próba tuberkulinowa; 7) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI (do decyzji lekarza konsultującego). Badania z pkt 1 – 5 wykonuje się przed podaniem: a) 3 dawki leku; b) 5 dawki leku; c) każdej kolejnej 5 dawki leku – do decyzji lekarza prowadzącego. Badania z pkt 6 i 7 wykonuje się co 6 miesięcy. **2.1.2. *Deksametazonem*** 1) ocena najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 3) ocena dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT); Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku. **2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia**

2.1. Czas leczenia w programie adalimumabem W przypadku braku powikłań leczenie powinno być prowadzone przez 24 miesiące. Za remisję należy uznać brak aktywności choroby zgodnie z kryteriami SUN, trwający dłużej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia. **2.2. Czas leczenia w programie deksametazonem w postaci implantu** Pacjent, u którego przed podaniem kolejnego implantu nie stwierdza się obrzęku plamki zostaje wyłączony z programu. W przypadku nawrotów obrzęku plamki u takiego pacjenta, może być on ponownie włączony do programu, zgodnie z kryteriami kwalifikacji. Pacjent w ramach programu może otrzymać maksymalnie 3 dawki deksametazonu do jednego oka. W przypadku utrzymującego się obrzęku bez wykładników zapalenia leczenie powinno być kontynuowane do łącznej dawki 3 podań do jednego oka. W przypadku nawrotu obrzęku plamki po 3 dawkach deksametazonu leczenie nie powinno być kontynuowane ze względu na brak skuteczności. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie w co najmniej jednym oku, w czasie co najmniej 6 tygodni od rozpoczęcia terapii adalimumabem lub w oku poddanym leczeniu po 4 miesiącach od rozpoczęcia terapii deksametazonem, co najmniej jednej z poniższych zmian: a) nowych aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki		Ocena skuteczności leczenia odbywa się z porównaniem do wartości uzyskanych przy kwalifikacji do programu. W celu oceny skuteczności leczenia wykonuje się badanie okulistyczne obejmujące: 1) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 3) ocenę przedniego odcinka i dna oka; 4) ocenę plamki za pomocą optycznej koherentnej tomografii (OCT); 5) opcjonalnie angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – dla terapii deksametazonem. **2.2.1. Kryteria oceny skuteczności leczenia adalimumabem** Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdej kolejnej 5 dawki leku. Poprawa definiowana jest jako: 1) zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklistego, według kryteriów SUN: a) o ≤ 2 przy stanie początkowym większym lub równym 2; b) do poziomu 0 przy stanie początkowym mniejszym niż 2; lub 2) zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki lub

lub b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o co najmniej 15 liter na tablicach Snellena lub ETDRS lub c) zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklistego: – do stopnia 0,5+ dla pacjentów, którzy przy kwalifikacji osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN lub – o 2 stopnie lub zwiększenie ze stopnia +3 na +4 dla pozostałych pacjentów; 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		3) poprawa BCVA o 3 linie na tablicach Snellena lub 15 liter na tablicy ETDRS lub 4) stabilizacja ostrości wzroku. **2.2.2. Kryteria oceny skuteczności leczenia deksametazonem** Po 4 miesiącach od pierwszego podania implantu (+/- 7 dni) dokonuje się oceny pod kątem wystąpienia zmian opisanych w podpunkcie 1 kryteriów wyłączenia z programu. Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdego kolejnego implantu (w dniu podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem), nie rzadziej niż co 6 miesięcy. Poprawa umożliwiająca dalsze leczenie definiowana jest jako: 1) zmniejszenie grubości siatkówki o ≥ 10% i > 50 µm w stosunku do wartości przed pierwszym podaniem leku w programie (w centralnym polu OCT); 2) poprawa BCVA o co najmniej 1 linię na tablicach Snellena lub ETDRS. Brak spełnienia tych warunków łącznie na wizycie przed podaniem kolejnego implantu uniemożliwia dalsze leczenie w programie i ponowną kwalifikację. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji

		internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.106.

PROFILAKTYKA REAKTYWACJI WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW OTRZYMUJĄCYCH LECZENIE ZWIĄZANE Z RYZYKIEM REAKTYWACJI HBV (ICD-10 B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anty-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:
1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych
lub
1.2. zakwalifikowani do leczenia biologicznego związanego z wysokim lub średnim ryzykiem reaktywacji HBV (leczenie przeciwciałami monoklonalnymi anty-CD20, chemioterapią systemową, glikokortykosteroidami w dużych dawkach (≥20 mg dz. > 4 tygodnie) inhibitorami kinaz tyrozynowych, inhibitorami cytokin, inhibitorami immunofilin, inhibitorami TNF-alfa oraz inhibitorami proteasomów)
lub
1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie
Profilaktykę/leczenie HBV stosuje się przez cały okres leczenia biologicznego i 18 miesięcy po jego zakończeniu. W wybranych przypadkach terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.</td>
<td>Entekawir: 0,5 mg 1x dobę
lub
Tenofowir: 245 mg 1 x na dobę

Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) HBsAg
2) anty-HBs
3) anty-HBc IgG/całkowite
4) HBV DNA ilościowe
5) morfologia krwi
6) ALT
7) kreatynina

2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:
1) ALT
2) HBV DNA

3. Monitorowanie w trakcie 18 miesięcznej kontynuacji profilaktyki po zakończeniu leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz w ciągu 12 miesięcy po zakończeniu profilaktyki reaktywacji HBV - co 3 miesiące:
1) HBV DNA</td>
</tr>
</table>

Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy.		**4. Monitorowanie programu** 1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych. 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. 3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

Załącznik B.107.

LECZENIE CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ POKRZYWKĄ SPONTANICZNĄ (ICD-10: L50.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek≥ 12. roku życia; 2) udokumentowana historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu; 3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami: a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7≥ 28 oraz b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI≥10; 4) oporna przewlekła pokrzywka spontaniczna, w przypadku, gdy w okresie poprzedzającym kwalifikację do programu nie uzyskano oczekiwanej poprawy kontroli objawów po leczeniu lekami przeciwhistaminowymi H1 drugiej generacji przyjmowanych w dawce 4-krotnie przekraczającej dawkę standardową przez okres minimum 4 tygodni; 5) w przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadoma kontrolę urodzeń w czasie leczenia. **2. Kryteria wyłączenia** 1) brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych jako UAS7>16 lub DLQI≥10;	**1. Dawkowanie omalizumabu** Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie z uwzględnieniem rekomendacji EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI. 1.1. Leczenie omalizumabem należy zawiesić po 24 tygodniach (+/-14dni) od rozpoczęcia terapii (podania pierwszej dawki leku). Pacjent nie powinien przerywać leczenia lekiem przeciwhistaminowym. W czasie zawieszenia udziału pacjenta w programie lekowym zastosowanie leku przeciwhistaminowego pozostaje do decyzji lekarza. 1.2. U pacjentów, u których odwiesza się leczenie omalizumabem terapia powinna być kontynuowana z zastosowaniem dawki zgodnej z Charakterystyką Produktu Leczniczego przez okres kolejnych 24 tygodni (+/-14dni) tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) ocena nasilenia objawów pokrzywki: a) Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7, b) Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) CRP; 5) TSH; 6) aminotransferaza alaninowa (ALAT); 7) kreatynina i mocznik w surowicy; 8) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych.

2) ciąża lub laktacja; 3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu; 4) izolowany obrzęk naczynioruchowy; 5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych; 6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa; 7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi; 8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Po upływie 24 tygodni (+/-14dni) leczenie omalizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli choroby, a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku. Pacjent, u którego zawieszono leczenie omalizumabem, a u którego wcześniejszym leczeniem osiągnięto istotną poprawę kontroli choroby i poprawę jakości życia, może być ponownie włączony przez lekarza prowadzącego do programu, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźników UAS7 do poziomu wartości nie mniejszej niż 16 oraz pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu. U chorych, u których w okresie 24 tygodni od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli choroby, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.	Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta. Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.	**2.2. Po 12 i 24 (+/- 14 dni) tygodniu leczenia:** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) CRP; 4) TSH; 5) aminotransferaza alaninowa (ALAT); 6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu. **3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni (+/-14 dni) leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu: 1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu albo 2) planowej przerwy w leczeniu. Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.		zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.108.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM RDZENIASTYM TARCZYCY (ICD-10: C73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie raka rdzeniastego tarczycy substancjami: 1) *wandetanib*; 2) *selperkatynib*. Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie; 2) choroba miejscowo zaawansowana lub uogólniona - po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii; 3) obecność zmian mierzalnych według aktualnych kryteriów RECIST; 4) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;	**1. Dawkowanie *wandetanibu*** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL. Zalecana dawka *wandetanibu* wynosi: a) 300 mg na dobę. **2. Dawkowanie *selperkatynibu*** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL. Zalecana dawka *selperkatynibu* wynosi: a) 120 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała mniejszej niż 50 kg,	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT i AspAT; 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA; 7) oznaczenie stężenia TSH; 8) badanie ogólne moczu; 9) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 11) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 12) EKG z oceną odstępu QTc; 13) TK lub MR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby; 14) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej - w przypadku *wandetanibu*.

5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami w aktualnej ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL; 7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 8) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym; 9) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji** **1.2.1. Terapia *wandetanibem*** 1) wiek powyżej 18 lat; 2) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu - konieczność udokumentowania progresji według RECIST w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia *wandetanibem*; 3) stan sprawności 0-2 według ECOG; **1.2.2. Terapia *selperkatynibem*** 1) wiek co najmniej 12 lat; 2) niepowodzenie lub nietolerancja farmakoterapii systemowej z użyciem *wandetanibu* lub *kabozantynibu*; 3) potwierdzona mutacja germinalna lub somatyczna w genie RET w guzie (pozytywny wynik testu DNA linii zarodkowej w kierunku mutacji w genie RET jest dopuszczalny przy braku badań tkanki nowotworowej);	b) 160 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała równej 50 kg lub większej.	Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Terapia *wandetanibem*** **2.1.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi. **2.1.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:** 1) oznaczenie AlAT i AspAT; 2) oznaczenie stężenia bilirubiny; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 5) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 6) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 7) badanie EKG z oceną QTc; 8) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane). **2.1.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT i AspAT; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;

4) dostępna zarchiwizowana próbka tkanki nowotworowej (z zastrzeżeniem jak w pkt. 3); 5) brak potwierdzonego dodatkowego (zatwierdzonego) czynnika onkogennego, który może powodować oporność na leczenie; 6) brak wcześniejszego leczenie selektywnym inhibitorem(ami) RET; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) co najmniej jedna mierzalna zmiana, zgodnie z aktualną definicją RECIST lub RANO i wcześniej nie napromieniana; 9) stan sprawności: a) dorośli 0-2 w skali ECOG, b) pacjenci do 16 roku życia ≥ 40 w skali Lansky'ego. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni *wandetanibem/selperkatynibem* w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu**		4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA; 7) oznaczenie stężenia TSH; 8) badanie ogólne moczu; 9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie. **2.1.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:** 1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej- w przypadku *wandetanibu*. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. **2.2. Terapia *selperkatynibem*** **2.2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 3) oznaczenie AlAT i AspAT; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny. **2.2.2. Co najmniej raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) morfologia krwi z rozmazem;

1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) pogorszenie stanu sprawności, związane z leczeniem, o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg ECOG u dorosłych (dotyczy *selperkatynibu* i *wandetanibu*) lub do wartości 30 w skali Lansky'ego u pacjentów do 16. roku życia (dotyczy *selperkatynibu*); 5) ciąża lub okres karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub wycofanie zgody na leczenie.		3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie AlAT i AspAT; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny. **2.2.3. Badania wykonywane co 2 miesiące przez kolejne 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie AlAT i AspAT; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny. **2.2.4. Badania wykonywane co 3 miesiące po roku od rozpoczęcia leczenia lub w przypadku wskazań klinicznych:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie AlAT i AspAT; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny. 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia TSH, kalcytoniny i CEA; 8) badanie ogólne moczu; 9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie. Dodatkowo, należy monitorować ciśnienie tętnicze w trakcie leczenia i w razie potrzeby zastosować standardową terapię przeciwnadciśnieniową. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. **3. Monitorowanie skuteczności terapii** 1) ocena skuteczności (w oparciu o aktualne kryteria RECIST) - co 3 miesiące: a) wskaźniki efektywności: – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR), – czas trwania odpowiedzi (DOR), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS), – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL) na podstawie dostępnych, standardowych kwestionariuszy. b) oczekiwane korzyści zdrowotne dla *selperkatynibu* (wg badania rejestracyjnego): – mediana OS ok 33,25 miesięcy, – prawdopodobieństwo OS w punktach czasowych dla: i. 12 miesięcy: 87%, ii. 18 miesięcy: 77%, iii. 24 miesiące: 77%, – ORR = 69%, – prawdopodobieństwo DOR (mediana DOR nie została osiągnięta w trakcie trwania badania), w punktach czasowych dla: i. 6 miesięcy: 32%, ii. 6-12 miesięcy: 31%, iii. 12-18 miesięcy: 24%,

		iv. 18-24 miesięcy: 8%, v. ≥ 24 miesięcy: 4%, – prawdopodobieństwo PFS (mediana PFS nie została osiągnięta w trakcie trwania badania) w punktach czasowych dla: i. 12 miesięcy: 77%, ii. 18 miesięcy: 68 %, iii. 24 miesiące: 61%, – poprawa lub stabilizacja we wszystkich domenach HRQoL; 2) ocena bezpieczeństwa terapii a) monitorowanie częstość występowania działań niepożądanych. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR), – czas trwania odpowiedzi (DOR), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS), – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL);

		3) w przypadku wyłączenia pacjenta z programu – przekazywanie informacji czy powodem zakończenia była progresja choroby czy inne kryteria zgodnie z punktem 3. Kryteria wyłączenia - dotyczy selperkatynibu; 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.109.

LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBACH METABOLICZNYCH (E 71.1, E 71.3, E 72.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, których leczenie L-karnityną było finansowane w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynuri oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii glutarowej typu I oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną	Leczenie należy rozpocząć w momencie ustalenia wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną. Dawki L-karnityny należy dostosowywać indywidualnie do określonej jednostki chorobowej, wieku, masy ciała i stanu klinicznego pacjenta oraz do bieżącego stężenia wolnej karnityny we krwi. Okresowo – w zależności od sytuacji klinicznej – może występować konieczność zwiększenia dawki nawet do poziomu maksymalnego (stan dekompensacji) lub redukcji nawet do poziomu 0 (w sytuacji wyrównania metabolicznego). Każdorazowo o zmianie dawkowania L-karnityny decyduje lekarz prowadzący. **1. Dawkowanie** **1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)**	Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych. **1. Badania przy kwalifikacji:** 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizykalne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas. **2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):** 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizykalne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.

zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii izowalerianowej (IVA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii metylomalonowej (MMA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.5. Acyduria propionowa (PA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii propionowej (PA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub deficytu CACT, lub deficytu CPT2 oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)**	Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.5. Acyduria propionowa (PA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2** Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)**	**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie pierwotnego deficytu karnityny (CUD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę	Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.	

Załącznik B.110.

LECZENIE DINUTUKSYMABEM BETA PACJENTÓW Z NERWIAKIEM ZARODKOWYM WSPÓŁCZULNYM (ICD-10: C47)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynujący ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym" powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zespół Koordynujący dokonuje weryfikacji skuteczności leczenia po zakończeniu terapii. **2. Rodzaje programów** **A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem** **A.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS); 2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania lub	**Dawkowanie:** Dawkowanie dinutuksymabu beta odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego, obowiązującej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu (art.24 ust.1 pkt.1). Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m^2/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni. U pacjentów z chorobą pierwotnie oporną na leczenie i/lub progresją lub wznową choroby oraz u pacjentów, którzy nie uzyskali całkowitej remisji po leczeniu pierwszej linii, dinutuksymab beta należy rozważyć podawanie tego produktu w skojarzeniu z interleukiną-2 (IL-2), zgodnie z	**A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem** **A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii** 1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej – w okresie maksymalnie 8 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dinutuksymabem beta obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy, c) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub badanie PET),

b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku >12 miesięcy w momencie rozpoznania; 3) uzyskanie minimum częściowej remisji miejsc przerzutów po zastosowaniu leczenia indukcyjnego zgodnie z aktualnym protokołem terapeutycznym u pacjentów, u których w kolejnym etapie leczenia przeprowadzono minimum jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych; 4) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii; 5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia; 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu); 7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta; 8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie; 9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV); 10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia. Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu. **A.2. Kryteria wyłączenia z programu** 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);	opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta. Równolegle z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.	d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem ($SATO_2$) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR, f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu, h) badanie EEG, i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV, j) zdjęcie klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2. **A.2. Monitorowanie leczenia**

2) ciąża i karmienie piersią; 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu; 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby przebiegające z drgawkami; 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia; 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC); 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. **A.3. Określenie czasu leczenia według programu** Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu. **A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie** 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii: a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego, b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku, c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,		1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów, a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia: a) odpowiednia saturacja krwi (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem, b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl, niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych, c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotrasferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy, d) odpowiednia czynność nerek; 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu): a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba, b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba, c) CRP: 1, 8 i 11 doba, d) układ krzepnięcia: 1 doba, e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2, f) EKG w 1 i 11 dobie, g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego

d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii, 2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii, z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną): a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l, c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli), d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC, e) neuropatia obwodowa 3 stopnia, f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC, g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie, h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC, i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC, j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego**		cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego; 3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET) tylko w przypadku podejrzenia progresji lub wznowy choroby. **B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego** **B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii** 1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej, ale dokonana co najmniej 8 tygodni w przypadku scyntygrafii, a 6 tygodni dla innych badań przed planowanym rozpoczęciem leczenia - obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),

Do programu kwalifikowani będą pacjenci niezależnie od stopnia osiągniętej remisji (dopuszczalna jest obecność stabilnych zmian nowotworowych). **B.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS); 2) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii; 3) stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka nieadekwatnej odpowiedzi na wstępne leczenie indukcyjne, u których przeprowadzono kolejną linię chemioterapii indukcyjnej i zastosowano co najmniej jedną terapię mieloablacyjną w dowolnym etapie leczenia wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, lub stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka progresji lub wznowy choroby, u których uzyskano co najmniej stabilizację choroby po kolejnej linii chemioterapii indukcyjnej i przeprowadzono co najmniej jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący, lub stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania, lub stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka;		b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy, c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub PET), d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR, f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu,

4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie; 5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią; 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu); 7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV); 8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia; 9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia. Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu. **B.2. Kryteria wyłączenia z programu** 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD); 2) ciąża i karmienie piersią; 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu; 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami; 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia; 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);		h) badanie EEG, i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV, j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2. **B.2. Monitorowanie leczenia** 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów; a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia: a) odpowiednia saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym, b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl, c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy, d) odpowiednia czynność nerek; 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu): a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba, b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba, c) CRP: 1, 8 i 11 doba, d) układ krzepnięcia: 1 doba,

7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. **B.3. Określenie czasu leczenia według programu** Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu. **B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie** 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii: a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego, b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii. 2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):		e) EKG w 8 i 11 dobie, f) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego; 3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET). **C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych** 1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy); 2) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu; 3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja; 4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy

a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l, c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli), d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC, e) neuropatia obwodowa 3 stopnia, f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC, g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie, h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC, i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC, j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.		mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 5) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR; 6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku; 7) ocena słuchu; 8) badanie EEG; 9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV; 10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej); 11) ocena hormonów tarczycy; 12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej).

		D. Monitorowanie efektów leczenia po zakończeniu immunoterapii Co 12 miesięcy od zakończenia immunoterapii przez okres 5 lat informacja o progresji lub wznowie choroby. **E. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta, w tym danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym"; 2) uzupełnianie przez lekarza prowadzącego danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 4) zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych; 5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym".

Załącznik B.111.

LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU TERAPII PROMUJĄCEJ WZRASTANIE (ICD-10 E23.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Terapii Promującej Wzrastanie powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

A. Kryteria kwalifikacji
1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH);
2) stężenie IGF-I poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego;
3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie:
a) u osób dorosłych nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult onset GHD – AO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny);
b) u młodzieży i osób dorosłych leczonych wcześniej z powodu GHD (childhood onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach</td>
<td>A. Dawkowanie
Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-0,8 mg.</td>
<td>A. Badania przy kwalifikacji do leczenia
1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;
2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
3) morfologia krwi z rozmazem;
4) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);
5) ocena stężenia IGF-I;
6) ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA_1c) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii;
7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;
8) oznaczenie stężenia TSH i FT4;
9) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384];
10) pomiar stężenia kortyzolu w godzinach porannych;
11) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z Kryteriami Kwalifikacji do Programu; podstawowym testem</td>
</tr>
</table>

stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD, lub w jednym teście w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny); c) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzeniem przyczyny organicznej lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstąpienie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-I; 4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności MRI okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **B. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **C. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego; 2) ciężkie stany zagrażające życiu; 3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH; 4) utrzymujące się podwyższone stężenie IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie);		powinien być test stymulacyjny z zastosowaniem insuliny podanej dożylnie, w przypadku przeciwwskazań do w/w testu lub konieczności wykonania dwóch testów należy wykonać test z glukagonem, L-DOPA lub z argininą; 12) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (MRI lub TK z kontrastem); 13) USG jamy brzusznej; 14) EKG, ewentualnie USG serca; 15) badanie dna oka; 16) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **B. Monitorowanie leczenia** 1) po 30 dniach od rozpoczęcia terapii: a) pomiar stężenia IGF-I w celu ustalenia dawki optymalnej. 2) co 180 dni: a) ocena masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji; b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; c) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca); d) określenie odsetka HbA1c; e) ocena stężenia IGF-I; f) oznaczenie stężenia TSH i FT4; g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; h) ocena QoL; i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia (ocena po 12 i 24 miesiącach); 6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.		**C. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.112.

LECZENIE CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ (ICD-10: E84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie następującymi substancjami: 1) *iwakaftorem w monoterapii*, 2) *lumakaftorem/ iwakaftorem*, 3) *tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem*, 4) *eleksakaftorem/ tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzone rozpoznanie mukowiscydozy; 2) pisemna zgoda pacjenta na udział w programie; 3) zgoda na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy (pacjent powinien zostać	**1. Dawkowanie** **1.1. Iwakaftor w monoterapii** **1.1.1.** wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥7 kg do <14 kg Granulat zawierający 50 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcze. **1.1.2.** wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥14 kg do <25 kg Granulat zawierający 75 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcze. **1.1.3.** wiek 6 lat i powyżej oraz masa ciała ≥ 25 kg Dawka poranna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. Dawka wieczorna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. **1.2. Lumakaftor/ iwakaftor** **1.2.1.** wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała <14 kg Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1.1. W okresie do 1 tygodnia przed rozpoczęciem leczenia: 1) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 1.2. W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia: 1) test potowy; 2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej; 5) oznaczanie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 6) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła; 7) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż. 1.3. W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia: 1) badanie obrazowe klatki piersiowej.

włączony do rejestru mukowiscydozy nie później niż 12 miesięcy od włączenia do programu);

4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;

5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;

6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia

1.2.1. **pacjentów z mukowiscydozą iwakaftorem w monoterapii**

1) wiek 12 miesięcy i powyżej;

2) potwierdzone wystąpienie jednej z poniżej wymienionych mutacji, w przynajmniej 1 allelu genu CFTR: mutacja bramkująca genu CFTR (klasy III): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N lub S549R.

1.2.2. **pacjentów z mukowiscydozą lumakaftorem/iwakaftorem**

1) wiek 2 lata i powyżej;

2) potwierdzone wystąpienie mutacji F508del genu CFTR na obu allelach.

1.2.3. **pacjentów z mukowiscydozą tezakaftorem/iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem**

1) wiek 6 lat i powyżej;

2) homozygotyczność pod względem mutacji F508del lub heterozygotyczność pod względem mutacji F508del i obecność jednej z następujących mutacji genu CFTR: P67L, R117C, L206W,

Dawka wieczorna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg.

1.2.2. wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała ≥14 kg

Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 150 mg/ iwakaftor 188 mg.

Dawka wieczorna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 150 mg/ iwakaftor 188 mg.

1.3. Tezakaftor/ iwakaftor w skojarzeniu z iwakaftorem

1.3.1. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała < 30 kg

Dawka poranna: 1 tabletka zawierająca 50 mg tezakaftoru/ 75 mg iwakaftoru.

Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 75 mg iwakaftoru.

1.3.2. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała ≥ 30 kg

Dawka poranna: 1 tabletka zawierająca 100 mg tezakaftoru/ 150 mg iwakaftoru.

Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.

1.3.3. wiek ≥ 12 lat

Dawka poranna: 1 tabletka zawierająca 100 mg tezakaftoru/ 150 mg iwakaftoru.

Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.

1.4. Eleksakaftor/ tezakaftor/ iwakaftor w skojarzeniu z iwakaftorem

1.4.1. wiek 12 lat i powyżej

2. Monitorowanie leczenia

1) badania wykonywane po 24 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia:

a) test potowy,

b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu),

c) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła;

2) badania wykonywane po 12, 24, 36 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia:

a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny;

3) badania wykonywane co 48 tygodni (+/- 14 dni), po 48 tygodniu od rozpoczęcia leczenia:

a) test potowy,

b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu),

c) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła,

d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny,

e) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż;

4) badania wykonywane na każdej wizycie:

a) pomiar ciśnienia tętniczego na każdej wizycie kontrolnej – dotyczy wyłącznie leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem.

R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G i 3849+10kbC→T. 1.2.4. **pacjentów z mukowiscydozą eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem** 1) wiek 12 lat i powyżej; 2) homozygotyczność pod względem mutacji F508del genu CFTR lub heterozygotyczność pod względem mutacji F508del z mutacją o minimalnej wartości funkcji (MF) genu CFTR. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego, doświadczonego w leczeniu mukowiscydozy, decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 3. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności leczenia w ocenie trzyosobowego konsylium lekarskiego; 2) stan po przeszczepieniu płuc; 3) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy lub 3-krotnie większa od górnej granicy normy z jednoczesnym podwyższeniem stężenia bilirubiny 2-krotnie powyżej górnej granicy normy (po	Dawka poranna: Dwie tabletki (każda zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru). Dawka wieczorna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. **2. Modyfikacja dawkowania** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	Po każdych 48 tygodniach leczenia powyższymi terapiami należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności w odniesieniu do parametrów zmierzonych przed rozpoczęciem leczenia. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. <u>Wskaźniki efektywności mierzone po każdych 48 tygodniach leczenia (+/- 14 dni):</u> 1) ocena funkcji płuc na podstawie badań spirometrycznych, u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie odpowiedniego testu (np. FEV1, FVC, MMEF lub LCI 2,5%); 2) stężenie jonów chloru w pocie; 3) liczba hospitalizacji; 4) liczba zaostrzeń oskrzelowo-płucnych (leczonych dożylnie antybiotykami). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością

zmniejszeniu i ustabilizowaniu aktywności tych parametrów, można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego); 4) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha) – dotyczy wyłącznie terapii eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem; 5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 6) okres ciąży lub planowania ciąży lub karmienia piersią (wyłączenie czasowe, na okres trwania ciąży, planowania ciąży i karmienia piersią), (zalecenie wynika z braku wystarczających danych bezpieczeństwa; stosowanie jest możliwe, o ile lekarz prowadzący i pacjentka wyrażą na to zgodę); 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 8) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 10) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy; 11) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ; 4) Obecność lub zarejestrowanie w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia pacjenta w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy oraz rzetelne i terminowe wprowadzanie danych wymaganych przez protokół Rejestru.

Załącznik B.113.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAMI NEREK (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *ketoanalogami aminokwasów*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO; 2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego; 3) brak cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. *Subjective Global Assessment*); albo stężenie albuminy co najmniej 3,5 g/dl oraz limfocytemia > 1 500/mm^3; 4) BMI 18-30 kg^2/m^2; 5) redukcja eGFR < 2 ml/min w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed kwalifikacją; 6) proteinuria w zakresie < 2,0 g/g kreatyniny/dobę; 7) przestrzeganie ubogobiałkowej diety przez ≥ 3 miesiące przed rozpoczęciem terapii – spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka leku Ketosteril wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Ponadto od momentu włączenia do programu lekowego chory powinien stosować dietę, w której spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu 0,8 g/kg m.c./dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN); 2) oznaczenie eGFR z zastosowaniem wzoru MDRD lub CKD-EPI dla kreatyniny, cystatyny lub obu; 3) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 4) badanie krwi z oceną stężenia: białka C-reaktywnego, albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, wodorowęglanów i glukozy oraz ocena aktywności fosfatazy zasadowej oraz liczby limfocytów/mm^3; 5) badanie ogólne moczu; 6) ocena stężenia białka w porannej porcji moczu; 7) ocena dobowego wydalania białka (w g/g kreatyniny lub g/24h); 8) ocena dobowego wydalania fosforu (g/24h); 9) ocena BMI. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane co 30 dni: a) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;

m.c./dobę – udokumentowane za pomocą PNA/wydalania mocznika lub BUN; 8) deklaracja przestrzegania wymaganej diety pod indywidualnym nadzorem dietetyka; 9) brak udokumentowanych zaburzeń metabolizmu aminokwasów; 10) wykluczenie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego; 11) wykluczenie hiperkalcemii; 12) wykluczenie istotnych chorób towarzyszących (źle kontrolowana cukrzyca – HbA1c.>7,5%, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit); 13) wiek 18 lat i powyżej; 14) nieobecność innych istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, z wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu określenia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		b) badanie krwi z oceną stężenia: albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, limfocytów, mocznika, kwasu moczowego i glukozy; 2) badania wykonywane co 90 dni: a) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN), b) stężenie kreatyniny i wodorowęglanów w surowicy, c) ocena aktywności fosfatazy zasadowej, d) oznaczenie GFR z zastosowaniem wzoru MDRD, e) ocena BMI, f) badanie wydalania w moczu białka i fosforu (dopuszczalne B/Cr i P/Cr); 3) konsultacje wykonywane co 30 dni: a) konsultacja nefrologiczna, b) w ramach indywidualnego nadzoru nad dietą pacjenta konsultacja z dietetykiem odnośnie właściwego stosowania przez pacjenta wymaganej diety; Po każdym roku leczenia *ketoanalogami aminokwasów* należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności. <u>Wskaźniki efektywności:</u> 1) hamowanie progresji choroby na podstawie spadku eGFR; 2) w badaniach krwi stabilne poziomy stężeń albuminy, potasu, fosforanów, mocznika; 3) brak zaburzeń: hiperkaliemia, hiperfosfatemia, kwasica metaboliczna. **3. Monitorowanie programu**

3. Kryteria wyłączania z programu Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) kwalifikacja lub rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego; 2) wystąpienie nietolerancji leczenia bądź objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO; 4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu 0,8 g/kg m.c./dobę; 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych, ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów; 6) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. *Subjective Global Assessment*) bądź anoreksji.		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.114.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami, udostępnia się poniższe terapie:
1) w I linii leczenia ostrej białaczki szpikowej:
a) leczenie midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (pacjenci z mutacją FLT3),
albo
b) leczenie gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (bez względu na status mutacji FLT3),
albo
c) leczenie wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną (bez względu na status mutacji FLT3);
2) w leczeniu podtrzymującym po terapii indukującej albo indukującej i konsolidującej u chorych na ostrą białaczkę szpikową:
a) leczenie azacytydyną doustną w monoterapii;
3) w II i kolejnych liniach leczenia ostrej białaczki szpikowej:
a) leczenie gilterytynibem w monoterapii (pacjenci z mutacją FLT3).

1. Kryteria kwalifikacji
Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</td>
<td>1. Dawkowanie leków w terapii
1.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną
1.1.1. Leczenie indukujące
<u>Pierwszy cykl:</u>
Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia cyklu.
Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia cyklu.
Cytarabina – dawka 100-200 mg/m^2 pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia cyklu.
<u>Drugi cykl:</u>
Jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego wraz z midostauryną (dawkowanie 2-go cyklu takie samo jak dla pierwszego cyklu lub z wyższymi dawkami cytarabiny).</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1.1. Badania przy kwalifikacji do I linii leczenia oraz do II i kolejnych linii leczenia ostrej białaczki szpikowej
1) badania potwierdzające rozpoznanie ostrej białaczki szpikowej (biopsja aspiracyjna szpiku, trepanobiopsja w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej, badanie immunofenotypowe, badanie cytogenetyczne lub badania molekularne), w tym:
a) potwierdzające obecność mutacji FLT3 (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]) – w przypadku terapii midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną oraz gilterytynibem w monoterapii.
U chorych z opornością na leczenie, którzy kwalifikowani są do leczenia gliterytynibem możliwe jest uwzględnienie badania immunofenotypowego i badania mutacji FLT3 wykonanych przed rozpoczęciem leczenia indukującego),</td>
</tr>
</table>

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
2) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
3) stan sprawności według ECOG: 0-2, jeśli ECOG 2 wynika z aktywności ostrej białaczki przed rozpoczęciem leczenia I linii (za wyjątkiem kwalifikacji do terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną* – pkt. 1.2.3.4.b);
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;
6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
7) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej;
8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne ekspertów European LeukemiaNet;
9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa;
3) udokumentowana obecność mutacji genu *FLT3* (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]);
4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej.

***1.1.2.* Leczenie konsolidujące**

U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 3 do 4 cykli leczenia konsolidującego:

Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia każdego cyklu.

Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m^2 (500-1000 mg/m^2, jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu.

1.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

***1.2.1.* Leczenie indukujące**

<u>Pierwszy cykl:</u>

Gemtuzumab ozogamycyny – zalecana dawka 3 mg/m^2 pc./dawkę (maksymalnie 1 fiolka 5 mg) podawana w infuzji w 1., 4. i 7. dniu. Gemtuzumab może być również stosowany w jednorazowym podaniu tylko w dniu 1. cyklu indukującego zgodnie z zaleceniami European LeukemiaNet.

Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia.

Cytarabina – dawka 100-200 mg/m^2 pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia.

<u>Drugi cykl:</u>

Jeżeli konieczny jest drugi cykl leczenia indukującego, gemtuzumabu ozogamycyny nie

b) badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych – w przypadku terapii *gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną;*

2) ocena stanu ogólnego (ECOG);
3) ocena chorób współistniejących (HCT-CI);
4) badania laboratoryjne:
   a) morfologia krwi z rozmazem,
   b) biochemia: mocznik, kreatynina, kwas moczowy, stężenie sodu, stężenie potasu, stężenie wapnia, glukoza, bilirubina, AST, ALT,
   c) koagulogram: APTT, PT lub INR, fibrynogen,
   d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
5) EKG;
6) ECHO serca (do decyzji lekarza);
7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza);
8) punkcja lędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN);
9) eGFR oraz przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb) – w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*;
10) stężenie magnezu, kinaza fosfokreatynowa, fosfataza alkaliczna (ALP) – w przypadku terapii *gilterytynibem w monoterapii*.

1.2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) wiek 15 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca *de novo* z ekspresją antygenu CD33 na komórkach blastycznych; 3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej; 4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej; 5) potwierdzone cytogenetycznie korzystne lub pośrednie czynniki rokownicze (dopuszczalne jest włączenie do terapii indukującej chorych z niemożliwym do oceny ryzykiem cytogenetycznym wynikającym ze złej jakości materiału diagnostycznego, tj. braku podziałów komórkowych, pod warunkiem, że w badaniach molekularnych wykluczono u pacjenta obecność niekorzystnych czynników rokowniczych); 6) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki szpikowej wtórnej (po zespole mielodysplastycznym [MDS; ang. myelodysplastic syndrom] lub przewlekłych zespołach mieloproliferacyjnych) oraz ostrej białaczki szpikowej zależnej od chemio- lub radioterapii. ***1.2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca *de novo* lub wtórna, zdiagnozowana w oparciu o obowiązujące kryteria WHO; 3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego przygotowującego pacjenta do leczenia *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*); 4) niekwalifikowanie się do standardowej intensywnej chemioterapii, definiowane jako: a) wiek 75 lat i powyżej, lub	należy podawać podczas tego cyklu. Podczas drugiego cyklu leczenia indukującego należy podawać wyłącznie daunorubicynę i cytarabinę w następującym zalecanym schemacie dawkowania: Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w okresie od 1. do 2. dnia cyklu. Cytarabina – dawka 1000 mg/m^2 pc. (500-1000 mg/m^2, jeśli chory ≥60 lat) podawana w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w okresie od 1. do 3. dnia cyklu. ***1.2.2.* Leczenie konsolidujące** U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 2 do 4 cykli leczenia konsolidującego: Gemtuzumab ozogamycyny – dawka 3 mg/m^2 pc./dawkę (maksymalnie 1 fiolka 5 mg) podawana w 1. dniu cyklu (maksymalnie do dwóch cykli). Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m^2 (500-1000 mg/m^2, jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu. ***1.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*** Wenetoklaks – podawany doustnie według poniższego schematu dawkowania: Dzień 1: 100 mg/dobę; Dzień 2: 200 mg/dobę; Dzień 3 i kolejne: 400 mg/dobę.	**1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia podtrzymującego doustną azacytydyną** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 3) badanie potwierdzające remisję choroby – biopsja aspiracyjna szpiku (badanie powinno być wykonane w ciągu nie więcej niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia). **2. Monitorowanie leczenia w przypadku terapii** ***2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim, jeżeli był podany) cyklu indukującym; 2) morfologia krwi z rozmazem – co najmniej 2 razy w tygodniu w trakcie terapii indukującej, raz na tydzień w trakcie terapii konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi; 3) raz w tygodniu w trakcie terapii indukującej i konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi: a) biochemia: kreatynina, stężenie sodu, stężenie potasu, stężenie wapnia, glukoza, bilirubina, AST, ALT,

b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej: – ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących), – wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa ≤50% lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa, – zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO ≤ 65% lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 ≤ 65%, – klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min, – umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny >1,5 do ≤3 ULN, – jakiekolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii dające w skali indeksu chorób współistniejących (HCT-CI) ≥3 punktów lub w skali oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL) <6 punktów. ***1.2.4. azacytydyną doustną w monoterapii*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) ostra białaczka szpikowa w potwierdzonej pierwszej całkowitej remisji lub potwierdzonej remisji z niepełną regeneracją morfologii krwi po chemioterapii indukującej albo indukującej i konsolidującej; 3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych lub brak zgody pacjenta na taką procedurę. ***1.2.5. gilterytynibem w monoterapii*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) ostra białaczka szpikowa ze stwierdzoną:	W trakcie leczenia wenetoklaksem należy stosować profilaktykę zespołu rozpadu guza (TLS – Tumor Lysis Syndrome), zgodnie z opisem zawartym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku jednoczesnego stosowania leków będących silnymi lub umiarkowanymi inhibitorami CYP3A należy zmodyfikować dawkę wenetoklaksu zgodnie z zapisami w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Azacytydyna – dawka 75 mg/m^2 pc. podawana podskórnie lub dożylnie w dniach od 1-7 każdego 28-dniowego cyklu, począwszy od 1. dnia pierwszego cyklu. ***1.4. azacytydyną doustną w monoterapii*** Azacytydyna – zalecana dawka 300 mg podawana doustnie 1 raz na dobę w dniach 1-14 każdego 28-dniowego cyklu. W przypadku nawrotu choroby, gdy odsetek blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym wynosi 5–15%, należy, po wykonaniu oceny klinicznej, rozważyć wydłużenie schematu dawkowania z 14 do 21 dni powtarzającego się 28-dniowego cyklu. Produktu leczniczego nie należy podawać dłużej niż 21 dni w ciągu każdego 28-dniowego cyklu. Azacytydyny doustnej nie należy podawać zamiennie z azacytydyną w formie wstrzyknięć. ***1.5. gilterytynibem w monoterapii*** Gilterytynib – zalecana dawka początkowa 120 mg podawana doustnie raz na dobę.	b) koagulogram: APTT, PT; 4) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta: a) EKG. ***2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z morfologią krwi z rozmazem i oceną odpowiedzi na leczenie po każdym leczeniu indukującym i konsolidującym; 2) pomiędzy 10. a 14. dobą od podania ostatniej dawki gemtuzumabu ozogamycyny w cyklu indukującym i konsolidującym lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta: a) biochemia: bilirubina, AST, ALT, b) koagulogram: APTT, PT lub INR; 3) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta: a) EKG. ***2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 1 cyklu lub po 2 cyklach, a następnie co 2 kolejne cykle aż do uzyskania całkowitej remisji. Po uzyskaniu całkowitej remisji kontrola hematologiczna zgodnie ze schematem monitorowania

a) opornością na leczenie (brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną po co najmniej jednym cyklu terapii indukującej), lub b) nawrotem po leczeniu ostrej białaczki szpikowej - wymagane potwierdzenie w nawrocie obecności mutacji *FLT3*, tj. *FLT3*-ITD, *FLT3*-TKD/D835 lub *FLT3*-TKD/I836 z materiału ze szpiku kostnego lub krwi lub ogniska pozaszpikowego. W przypadku oporności choroby nie ma konieczności powtarzania badania mutacji *FLT3*. **1.3.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: ***2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 1) leczenie indukujące – to maksymalnie dwa cykle 28-dniowe (jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego w połączeniu z midostauryną); 2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach	W przypadku braku odpowiedzi (pacjent nie osiągnął CRc – złożonej całkowitej remisji) po 4 tygodniach leczenia można zwiększyć dawkę do 200 mg raz na dobę, jeżeli leczenie jest tolerowane lub uzasadnione klinicznie. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	leczenia, a kolejna biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia progresji; 2) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz przez okres dostosowania dawki: a) morfologia krwi z rozmazem, b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność LDH; 3) po okresie dostosowywania dawki, przed każdym cyklem: a) morfologia krwi z rozmazem, b) biochemia: kreatynina, stężenie potasu, AST i ALT. ***2.4. azacytydyną doustną w monoterapii*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia nawrotu/progresji choroby lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi; 2) morfologia krwi z rozmazem – co drugi tydzień przez pierwsze 2 cykle leczenia (56 dni), a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia. W przypadku modyfikacji dawki leku konieczne dodatkowe monitorowanie morfologii co drugi tydzień przez następne 2 cykle leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

indukujących, kontynuacja leczenia w postaci leczenia konsolidującego – od 3 do 4 cykli leczenia po 28 dni każdy. U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie midostauryną należy przerwać 48 godzin przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT. ***2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 1) leczenie indukujące – to jeden cykl leczenia indukującego z zastosowaniem gemtuzumabu ozogamycyny; jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego, ale bez gemtuzumabu ozogamycyny; 2) po osiągnięciu całkowitej remisji choroby (zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet) po leczeniu indukującym, kontynuacja w postaci leczenia konsolidującego od 2 do 4 cykli leczenia (w tym do 2 cykli z gemtuzumabem ozogamycyny), u chorych z potwierdzonymi cytogenetycznie korzystnymi lub pośrednimi czynnikami rokowniczymi. Do rozważenia pominięcie gemtuzumabu w cyklu/cyklach konsolidujących celem zmniejszenia ryzyka choroby wenookluzyjnej wątroby (VOD), jeśli planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. ***2.3. 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 zaleconej dawki do 6 miesięcy, aby zapewnić czas na odpowiedź kliniczną (bez progresji choroby). U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie gliterytynibem należy przerwać na jeden tydzień przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT. Kontynuacja leczenia gilterytynibem (tzw. terapia podtrzymująca) u pacjentów po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) nie jest możliwa w ramach programu lekowego. **3. Kryteria 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 *wenetoklaksem 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.

4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego; 7) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* lub *gilterytynibem w monoterapii.*		

Załącznik B.115.

LECZENIE AGRESYWNEJ MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ, MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ Z WSPÓŁISTNIEJĄCYM NOWOTWOREM UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO ORAZ BIAŁACZKI MASTOCYTARNEJ (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. *aggressive systemic mastocytosis* – ASM), mastocytoza układowa z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego (ang. *systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm* – SM-AHN) lub białaczka mastocytarna (ang. *Mast cell leukemia* – MCL); 2) obecność jednego lub więcej objawów wynikających z nacieku komórkami tucznymi: a) neutropenia <$1x10^9$/L i/lub niedokrwistość <10 g/dL i/lub małopłytkowość <$100x10^9$/L; b) powiększona wątroba z wodobrzuszem i/lub zwiększonym stężeniem transaminaz i/lub nadciśnieniem wrotnym; c) splenomegalia z hipersplenizmem; d) zaburzenia wchłaniania z hipoalbuminemią i utratą wagi ciała; e) nasilona osteoliza i/lub osteoporoza i/lub patologiczne złamania kości; 3) wiek ≥18 lat; 4) stan ogólny ECOG 0-2;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka midostauryny wynosi 100 mg doustnie dwa razy na dobę. Midostaurynę podaje się w 28-dniowych cyklach. Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) ocena stanu ogólnego (ECOG); 2) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem; b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina; c) APTT, PT, fibrynogen; d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 3) EKG (ECHO serca w przypadku wywiadu kardiologicznego i/lub zmian w EKG); 4) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę; 5) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem immunofenotypowym w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117); 6) badanie molekularne w kierunku obecności transkryptu (obecność mutacji D816V) w genie KIT; 7) ocena stężenia tryptazy w surowicy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym

5) brak przeciwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego; Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni midostauryną w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria wykluczające udział w programie** 1) ciężka niewydolność wątroby; 2) objawowa zastoinowa niewydolność serca; 3) czynne, ciężkie zakażenie; 4) ciąża lub karmienie piersią; 5) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **3. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) ciąża lub karmienie piersią; 2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta; 3) progresja choroby w trakcie leczenia wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta; 4) pojawienie się objawów toksyczności lub nadwrażliwości na terapię, które wymagają całkowitego jej zaprzestania i nie pozwalają na modyfikację dawki / czasowe wstrzymanie terapii (w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego); 5) rezygnacja pacjenta.		roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych: a) morfologia krwi z rozmazem; b) biochemia: kreatynina, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina; c) APTT, PT; d) badanie EKG – w uzasadnionych przypadkach. 2) W przypadku MCL, po pierwszym cyklu leczenia: a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy; b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, następnie co miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy, a następnie co 3 miesiące. 3) W przypadku ASM i SM-AHN, po trzecim cyklu leczenia: a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy; b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, a następnie co 3 miesiące. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na

4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie Terapię należy kontynuować w cyklach 28-dniowych tak długo, jak długo obserwuje się korzyści kliniczne leczenia i/lub nie zachodzą kryteria z pkt. 3.		zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.117.

LECZENIE RAKA Z KOMÓREK MERKLA AWELUMABEM (ICD-10 C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia 1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla; 2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anty-PD-1 lub anty-PD-L1 z powodu choroby przerzutowej raka z komórek Merkla; 4) dla pierwszej linii – brak wcześniejszego leczenia systemowego lub dla drugiej i kolejnych linii – progresja po wcześniejszym leczeniu systemowym raka z komórek Merkla; 5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 6) wiek ≥ 18 lat; 7) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST; 8) brak przerzutów w OUN lub cech progresji przerzutów z OUN u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia) oraz brak istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka awelumabu w monoterapii to 800 mg podawana dożylnie przez 60 minut co 2 tygodnie. Modyfikację dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produkt Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla; 2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI; 3) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 4) badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) elektrokardiogram (EKG); 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania laboratoryjne: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,

9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych lub niedoborów immunologicznych, które wymagały leczenia immunosupresyjnego; 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem terapii awelumabem; 11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C; 12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach: a) liczba leukocytów $\geq 3 \times 10^9$/l, b) liczba neutrofilów $\geq 1{,}0 \times 10^9$/l, c) liczba płytek krwi $\geq 100 \times 10^9$/l, d) stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dl, e) stężenie bilirubiny całkowitej $\leq 1{,}5$ x GGN (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa f) aktywność AST/ALT $\leq 2{,}5$ x GGN u chorych bez przerzutów do wątroby i ≤ 5 x GGN u chorych z przerzutami 13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym; 14) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii są kwalifikowani również pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie awelumabem przed dniem wejścia w życie programu lekowego i spełniają łącznie następujące kryteria:		**2. Monitorowanie leczenia** 1) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI po 6-8 tygodniach leczenia, a następnie nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych; 2) badania laboratoryjne co 2-6 tygodni: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4, 3) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

– leczenie zostało włączone zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego i powyższe znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta, – nie podlegają kryteriom uniemożliwiającym włączenie do programu. – **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Progresja choroby z wyjątkiem pacjentów, u których wystąpi radiologiczna progresja choroby niezwiązana z ciężkim pogorszeniem stanu klinicznego, definiowanym jako wystąpienie nowych objawów lub pogorszenie obecnie występujących, u których nie obserwuje się zmiany w stopniu sprawności przez okres dłuższy niż dwa tygodnie i u których nie ma konieczności zastosowania leczenia ratującego życie; 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 3) Działania niepożądane związane z leczeniem prowadzące do przerwania leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.		

Załącznik B.118.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ CUSHINGA (ICD-10: E24.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) dorośli chorzy w wieku co najmniej 18 lat; 2) choroba Cushinga potwierdzona klinicznie i biochemicznie u pacjentów, u których wykonanie zabiegu operacyjnego guza przysadki nie jest możliwe lub zakończyło się niepowodzeniem; 3) choroba Cushinga spełniająca w momencie kwalifikacji poniższe kryteria: a) podwyższone wydalanie wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu lub późnowieczorne stężenie kortyzolu w ślinie lub surowicy powyżej wartości referencyjnej, b) podwyższone lub niezahamowane stężenie ACTH w osoczu. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni pasyreotydem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie**	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka początkowa w leczeniu choroby Cushinga wynosi 10 mg pasyreotydu. Dawkę można stopniowo dostosować co 2 do 4 miesięcy, w zależności od odpowiedzi na leczenie i tolerancji. Maksymalna dawka produktu leczniczego Signifor w chorobie Cushinga wynosi 40 mg co 4 tygodnie. Kryteria, sposób modyfikacji dawkowania, sposób podania oraz środki ostrożności określone są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe – występowanie typowych objawów hiperkortyzolemii; 2) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu; 3) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu; 4) ocena wyrównania czynności tarczycy; 5) rezonans magnetyczny układu podwzgórzowo-przysadkowego nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację do leczenia pasyreotydem; 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm); 7) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, kreatyniny i GFR; 8) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz stężenie bilirubiny całkowitej; 9) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) zespół Cushinga w wyniku ektopowego wydzielania ACTH; 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego; 3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 3.1. *Schematu dawkowania;* 4) objawowa kamica żółciowa; 5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg. skali Child-Pugh); 6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN; 7) niewyrównana niedoczynność tarczycy; 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako: stężenie wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu nie przekraczające górnej granicy normy laboratoryjnej lub zmniejszenie stężenia wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu o co najmniej 50% względem wartości wyjściowej - po co najmniej 6 miesiącach leczenia pasyreotydem w najwyższej tolerowanej dawce;		10) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna. **2. Monitorowanie leczenia** Należy ocenić korzyści kliniczne u pacjenta po pierwszym miesiącu leczenia, a następnie oceniać je okresowo. 1) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące); 2) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu i kortyzolu w surowicy krwi (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące); 3) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego układu podwzgórzowo-przysadkowego. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie to należy wykonywać co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w przypadku pojawienia się nowych ubytków w polu widzenia lub innych wskazań klinicznych; 4) oznaczanie stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo lub samokontrola stężenia glukozy z zastosowaniem glukometru – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4 tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenie glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 miesiącach od zakończenia leczenia;

9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 10) ciąża lub karmienia piersią; 11) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody pacjenta na leczenie.		5) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia pasyreotydem; 6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych; 7) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych; 8) oznaczenie poziomu sodu i potasu według wskazań klinicznych; 9) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu; 10) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia; 11) ocena wyrównania czynności tarczycy co 6 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej

		przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.119.

LECZENIE PACJENTÓW ZE ZRÓŻNICOWANYM RAKIEM TARCZYCY (ICD-10: C 73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się dwie linie leczenia zróżnicowanego raka tarczycy substancjami: 1) *sorafenib* (pierwsza linia leczenia); 2) *kabozantynib* (druga linia leczenia). zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) zmiany nowotworowe możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą tomografii komputerowej (KT) lub rezonansu magnetycznego (MR) według klasyfikacji RECIST; 4) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. **1.1. Sorafenib** *Sorafenib* jest stosowany w dobowej dawce 800 mg bez przerw. **1.2. Kabozantynib** *Kabozantynib* jest stosowany w dobowej dawce 60 mg bez przerw.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem i kabozantynibem** 1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny – w surowicy, b) kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT) oraz fosfatazy alkalicznej; 6) oznaczenie białka w moczu – dla *kabozantynibu*; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) scyntygrafia kości; 9) MR lub KT jamy brzusznej i miednicy; 10) RTG lub KT klatki piersiowej; 11) elektrokardiogram (EKG); 12) pomiar ciśnienia tętniczego; 13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 5) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji** **1.2.1. Terapia sorafenibem** 1) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy (udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytującej jodu lub progresji pomimo wychwytu jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii; 2) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG; **3)** progresja choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu. **1.2.2. Terapia kabozantynibem** 1) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy		**2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia sorafenibem i kabozantynibem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie w surowicy krwi stężenia: a) bilirubiny, b) kreatyniny, c) transaminaz (AspAT, AlAT), d) wapnia, e) TSH; 3) oznaczenie białka w moczu – dla *kabozantynibu*; 4) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla *kabozantynibu*; 5) EKG; 6) KT lub MR odpowiedniego obszaru ciała; 7) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się: 1) w przypadku leczenia *sorafenibem*; a) przez pierwsze dwa miesiące terapii- co 2 tygodnie, b) od 3 do 6 miesiąca terapii – co miesiąc, c) od 7 do 12 miesiąca terapii – co 3 miesiące, d) po 12 miesiącu terapii – co 4 miesiące; 2) w przypadku leczenia *kabozantynibem*: a) badania laboratoryjne co 4 tygodnie. Badania obrazowe (monitorowanie skuteczności leczenia) wykonuje się:

(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, u pacjentów, u których stwierdzono progresję choroby w czasie uprzedniego leczenia systemowego lub po jego zakończeniu; 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitora kinaz tyrozynowych; 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni *sorafenibem* lub *kabozantynibem* w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji (ogólne i szczegółowe) do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤5, włączając w to progresje w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu		1) w przypadku leczenia *sorafenibem* : a) pierwsze badanie wykonuje się po 12 tyg. leczenia, a kolejne co 6 miesięcy, o ile nie występują dodatkowe wskazania kliniczne; 2) w przypadku leczenia *kabozantynibem*: a) nie rzadziej niż co 12 tygodni, a w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych; 3) ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby. **2. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedz (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 4) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 5) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 wg ECOG; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.121.

LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA (ICD-10: G73.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona (LEMS), u których przeprowadzono komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie. Rozpoznanie LEMS potwierdza dodatni wynik przeciwciała przeciwko VGCC lub wykazanie cech LEMS w elektrostymulacyjnej próbie męczliwości pod postacią znamiennego torowania. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** 1.1. Zalecana dawka początkowa wynosi 15 mg na dobę podawana doustnie. Następnie dawkę można zwiększać o 5 mg co 4-5 dni do maksymalnej dawki: 60 mg na dobę. Dawka pojedyncza nie powinna być większa niż 20 mg. 1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek lub wątroby: a) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności nerek lub wątroby – zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg na dobę; b) łagodne zaburzenia czynności nerek lub wątroby – 10 mg na dobę (5 mg dwa razy na dobę). Tempo zwiększania dawki powinno być wolniejsze niż u pacjentów z prawidłową czynnością nerek i wątroby – o 5 mg co 7 dni. 1.3. W wyjątkowych okolicznościach dopuszcza się stosowanie maksymalnej dawki 80 mg na dobę. Zwiększanie dawki z 60 mg do 80 mg na dobę powinno następować o 5 mg co 7 dni.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby):** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny); 5) USG lub TK jamy brzusznej; 6) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 7) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 8) konsultacja ginekologiczna u kobiet; 9) badanie EKG; 10) oznaczenie stężenia kreatyniny. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu. **1.2. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata:**

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) ciąża i karmienie piersią; 2) nadwrażliwość na fosforan amifamprydyny lub inny składnik preparatu; 3) brak skuteczności leczenia definiowany jako brak złagodzenia objawów klinicznych przy podawaniu prawidłowej dawki amifamprydyny (ocena kliniczna); 4) padaczka; 5) niewyrównana astma oskrzelowa; 6) jednoczesne stosowanie sultoprydu; 7) jednoczesne stosowanie produktów terapeutycznych o wąskim indeksie terapeutycznym lub o których wiadomo, że mogą wydłużać odstęp QT; 8) występowanie wrodzonego zespołu QT.		1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 5) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 6) badanie EKG; 7) oznaczenie stężenia kreatyniny. **2. Monitorowanie leczenia– po 3 miesiącach terapii a następnie raz na 6 miesięcy** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) AlAT; 4) AspAT; 5) badanie EKG; 6) inne indywidualnie ustalone przez lekarza. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

		3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.122.

LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU (ICD-10: D 84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich- Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają następujące kryteria: 1) rozpoznany dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE) typu I lub typu II; 2) wiek od 12 roku życia; 3) udokumentowane, częste występowanie ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego - minimum 12 ataków (brzuch, krtań, gardło) z udokumentowanym użyciem leku ratunkowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci powyżej 12 roku życia, którzy byli leczeni skutecznie lanadelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod	**1. Dawkowanie lanadelumabu** Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie. U pacjentów z dobrą kontrola choroby (brak objawów HAE prze więcej niż 6 miesięcy), w szczególności u tych z małą masą ciała, należy rozważyć redukcję dawki do 300 mg co 4 tygodnie. W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Do tego czasu Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie inhibitora C1 esterazy we krwi (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 2) aktywność inhibitora C1 esterazy we krwi – badanie wymagane gdy stężenie inhibitora C1 jest prawidłowe (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 3) stężenie składowej C4 dopełniacza (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 4) stężenie składowej C1q dopełniacza - badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni). Dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił powyżej 40 roku życia; 5) morfologia krwi; 6) badanie ogólne moczu; 7) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT); 8) oznaczenie INR; 9) oznaczenie poziomu: a) aminotransferazy asparaginowej (AspAT), b) aminotransferazy alaninowej (AlAT),

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria wyłączenia** Kryterium wyłączenia z leczenia lanadelumabem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) ciąża lub karmienie piersią - lekarz prowadzący w porozumieniu z Zespołem Koordynacyjnym może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia w przypadkach gdy przerwanie leczenia będzie nieść ze sobą wyższe ryzyko działań niekorzystnych, niż kontynuacja leczenia; 2) podczas 6 miesięcznej terapii średnia miesięczna występowania zagrażających życiu ataków nie zmniejszyła się o co najmniej 50% w stosunku do średniej częstości ataków w półrocznym okresie poprzedzającym leczenie; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lanadelumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią.	Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię HAE danego pacjenta.	c) bilirubiny całkowitej; 10) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. Wyniki badań przedstawione w punktach 1, 2, 3 i 4 mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia** Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny, na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie elektronicznym karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań: 1) morfologia krwi; 2) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT); 3) aminotransferazy AspAT i ALAT, bilirubina całkowita; 4) oznaczenie INR; 5) ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego. Badania wykonuje się co 6 miesięcy. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) częstość występowania ataków oraz ich ciężkość i lokalizację, b) konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego. Dane gromadzone są w systemie elektronicznym i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który

		podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ - w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 2 (częstość występowania ataków wraz z ich lokalizacją, konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.123.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ WILSONA (ICD-10: E83.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie choroby Wilsona; 2) wiek ≥ 5 lat; 3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia *D-penicylaminą i siarczanem cynku*; 4) w postaci wątrobowej lub mieszanej z cechami istotnego uszkodzenia wątroby (hepato i/lub splenomegalia i/lub wydłużenie INR i/lub znaczny wzrost ALT i /lub cholestaza) stwierdzona nietolerancja leczenia *D-penicylaminą*. Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie** Trientynę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne; 2) badanie neurologiczne (ocena stanu w skali UWDRS II i III, jeżeli obecne są zaburzenia neurologiczne); 3) badanie oka w lampie szczelinowej w celu stwierdzenia obecności pierścienia Kaysera-Fleischera; 4) badanie ogólne moczu; 5) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 6) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem; 7) czas protrombinowy (PT); 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT); 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 11) USG wątroby; 12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kayser Fleischera. **2. Monitorowanie leczenia** Badania przeprowadzane w pierwszym roku co 3 miesiące (w przypadku wskazań klinicznych monitorowanie może odbywać się częściej), w następnych latach co pół roku:

3. Kryteria wyłączenia 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek z substancji pomocniczych; 2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 3) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich; 4) ciąża – z wyłączeniem przypadków, gdy korzyści związane z leczeniem przeważają nad ryzykiem dla pacjentki oraz płodu; 5) karmienie piersią; 6) brak skuteczności leczenia, w tym brak poprawy neurologicznej, definiowany jako utrzymanie stanu w skali UWDRS po 6 – 12 miesiącach leczenia lub brak istotnej poprawy parametrów uszkodzenia wątroby po 6-12 miesiącach leczenia; 7) poprawa kliniczna utrzymująca się przez co najmniej 6 miesięcy (w zakresie neurologicznym w skali UWDRS lub ustąpienie innych niż neurologiczne objawów choroby wraz z istotną poprawą parametrów definiujących czynność wątroby) powinna być podstawą do ponownej próby włączenia leczenia standardowego - brak ponownej próby włączenia leczenia standardowego wymaga uzasadnienia w historii choroby.		1) badanie fizykalne; 2) badanie neurologiczne; 3) badanie ogólne moczu; 4) morfologia; 5) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem; 6) czas protrombinowy (PT); 7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT); 9) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 11) USG wątroby. Badania przeprowadzone raz w roku: 1) badanie pierścienia Kaysera Fleischera w lampie szczelinowej. Ponadto w ramach monitorowania wykonuje się badanie MRI głowy w przypadku pogorszenia neurologicznego oraz przed zakończeniem leczenia. W szczególnych przypadkach np. chorób nerek, małych dzieci czy obawy o niestosowanie się pacjenta do zaleceń monitorowanie pacjenta może odbywać się z większą częstotliwością, a terminy wykonania badań laboratoryjnych należy dostosowywać do potrzeby. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie

		monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.124.

LECZENIE CHORYCH Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY (ICD-10: L20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *dupilumabem,* 2) *upadacytynibem,* 3) *baricytynibem,* 4) *tralokinumabem,* 5) *abrocytynibem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wieku a) wiek 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii *dupilumabem,* albo b) wiek 12 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii *upadacytynibem* albo *tralokinumabem,* albo c) wiek 18 lat i powyżej- w przypadku kwalifikacji do terapii *baricytynibem* albo *abrocytynibem*; 2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (EASI≥20) u	**1. Dawkowanie** 1) *dupilumab* maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (dwa wstrzyknięcia po 300 mg), a następnie dawka 300 mg co dwa tygodnie, podawane we wstrzyknięciach podskórnych; 2) *upadacytynib* maksymalna dawka wynosi 30 mg raz na dobę dla osób ≥18 r.ż. oraz 15 mg raz na dobę dla osób <18 r.ż.; 3) *baricytynib* maksymalna dawka wynosi 4 mg raz na dobę; 4) *tralokinumab* maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (cztery wstrzyknięcia po 150 mg), a następnie dawka 300 mg (dwa wstrzyknięcia po 150 mg) podawana co dwa tygodnie drogą wstrzyknięcia podskórnego; 5) *abrocytynib* maksymalna dawka wynosi 200 mg raz na dobę. Dopuszczalne jest wydłużenie odstępu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zgodnie z ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenie mocznika we krwi, c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) – w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*; 3) badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*: a) obecność antygenu HBs, b) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową,

pacjentów, którzy stosują miejscowo emolienty i kortykosteroidy, u których leczenie ogólne lub fototerapia nie były skuteczne oraz w przypadku osób powyżej 12 r.ż. spełniają jedno z poniższych kryteriów: a) u osób pomiędzy 12 a 18 r.ż.: – niepowodzenie immunosupresyjnej terapii ogólnej lub – przeciwskazania do stosowania immunosupresyjnej terapii ogólnej, które uniemożliwiają jej zastosowanie, lub – wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie immunosupresyjnej terapii ogólnej, b) u osób w wieku 18 lat i powyżej: – niepowodzenie leczenia *cyklosporyną*, lub – przeciwwskazania do stosowania *cyklosporyny*, które uniemożliwiają jej zastosowanie, lub – wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia *cyklosporyną*; 3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez	Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię atopowego zapalenia skóry danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	c) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) – tylko w przypadku *upadacytynibu* albo *baricytynibu albo abrocytynibu;* 4) badanie ogólne moczu; 5) RTG klatki piersiowej z opisem, maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 6) EKG z opisem (pacjenci w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*; 8) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 9) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI; 10) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI; 11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania, a następnie co 3 miesiące (+/- 14 dni):** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenie mocznika we krwi; c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej

lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym; 7) brak aktywnego zakażenia pasożytniczego lub infekcji, która w opinii lekarza jest przeciwskazaniem do terapii - dotyczy *dupilumabu*; 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** Lekarz prowadzący może w każdym momencie czasowym przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną. 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta. Miernikiem nieadekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie łącznie wymienionych kryteriów: a) nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI),		(ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) w przypadku monitorowania leczenia upadacytynibem albo baricytynibem albo abrocytynibem; 3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 4) ocena skuteczności zastosowanej terapii: a) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI, b) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI. **2.2. Monitorowania skuteczności leczenia dokonuje się:** 1) po 16 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym, 2) po 26 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym, 3) nie rzadziej niż co 6 miesięcy w przypadku leczenia pacjenta w programie lekowym powyżej 26 tygodni. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii.

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 chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego; 8) ciąża lub laktacja. **4. Ponowne włączenie do programu** 1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej ujętej w		Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia opisanych w pkt 2.1., z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

programie lekowym i zastosowanej zgodnie z treścią programu z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta; 2) do programu mogą zostać włączane, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu z powodu ciąży lub laktacji, które w momencie wyłączenia nie spełniały innych kryteriów wyłączenia z programu. Pacjentki te w momencie ponownego włączania do programu nie mogą spełniać żadnego z kryteriów wyłączenia.		

Załącznik B.125.

LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO RAKA SKÓRY (ICD-10: C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W programie finansuje się leczenie immunologiczne *cemiplimabem*. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzona obecność raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym, przy braku kwalifikacji do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii; 2) wiek ≥18 roku życia; 3) stopień sprawności 0 – 2 według skali ECOG; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Zalecana dawka *cemiplimabu* wynosi **350 mg** podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym nieresekcyjnym; 2) ocena sprawności w skali ECOG; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie TSH i FT4; 9) test na HCV, HBV; 10) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 11) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym całej skóry wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 12) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1;

7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL 9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO); 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia;		13) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) oznaczenie TSH i FT4; 7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 8) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9 – 12 tygodni. **3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia** 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu musi być widoczna skala); 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy – progresję choroby stwierdza się w przypadku:

3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną; 6) związane z leczeniem pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) niestosowanie się do zaleconego schematu dawkowania; c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).		a) zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub b) pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO). W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedz (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.126.

LECZENIE PACJENTÓW Z AUTOSOMALNIE DOMINUJĄCĄ POSTACIĄ ZWYRODNIENIA WIELOTORBIELOWATEGO NEREK (ICD-10: Q61.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji (łącznie) 1) rozpoznanie autosomalnie dominującej postaci zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ADPKD) na podstawie badania w rezonansie magnetycznym lub na podstawie badania USG (kryteria Pei-Ravine); 2) wiek ≥18. roku życia; 3) szybka progresja choroby definiowana jako: a) zmniejszenie eGFR ≥ 5 ml/min na rok oraz eGFR 30- 90 ml/min/1,73 m^2, lub b) zmniejszenie eGFR ≥ 2,5 ml/min na rok w okresie 5 lat oraz eGFR 30- 60 ml/min/1,73 m^2, lub c) wzrost całkowitej objętości nerek TKV > 5% na rok w badaniu rezonansem magnetycznym lub całkowita objętość jednej z nerek TKV > 750 ml w badaniu rezonansem magnetycznym lub długość większej nerki > 16,5 cm w badaniu USG. **2. Określenie czasu leczenia w programie**	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) eGFR; 2) całkowita objętość nerek określona na podstawie rezonansu magnetycznego lub długość nerek określona na podstawie USG; 3) stężenie bilirubiny całkowitej; 4) aktywność AlAT, AspAT; 5) stężenie elektrolitów w surowicy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AlAT, AspAT; 2) co najmniej co 3 miesiące – stężenie sodu i potasu w surowicy, stężenie kreatyniny i eGFR; 3) raz na 3 lata – objętość nerek oceniona w rezonansie magnetycznym, jeżeli nie występują przeciwskazania do tego badania; 4) raz na 3 lata – ultrasonograficzna ocena wymiarów nerek. **3. Monitorowanie programu**

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub na benzodiazepinę lub pochodne benzodiazepiny; 2) zwiększona aktywność enzymów wątrobowych lub przedmiotowe lub podmiotowe objawy uszkodzenia wątroby, które spełniają kryteria przerwania na stałe leczenia tolwaptanem określone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) uzyskanie eGFR<15ml; 4) zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej pod postacią objawowego niedociśnienia tętniczego lub ciężkiego odwodnienia; 5) hipernatremia; 6) brak prawidłowego odczucia pragnienia lub brak adekwatnej reakcji na pragnienie, określonej na podstawie badania podmiotowego; 7) ciąża lub karmienie piersią.		1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.127.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA CIĘŻKĄ ANEMIĘ APLASTYCZNĄ (ICD-10: D61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie nabytej ciężkiej postaci niedokrwistości aplastycznej; 3) oporność na wcześniejsze leczenie immunosupresyjne lub przebyte wcześniejsze intensywne leczenie i brak kwalifikacji do transplantacji krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) liczba płytek krwi ≤30 000/µl; 5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni eltrombopagiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w pkt. 3.	**1. Dawkowanie eltrombopagu** Leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki 50 mg raz na dobę. U pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki wynoszącej 25 mg raz na dobę. Osiągnięcie odpowiedzi hematologicznej wymaga stopniowego zwiększania dawki, na ogół do wysokości 150 mg, co może zająć do 16 tygodni od rozpoczęcia leczenia eltrombopagiem. Dawkę należy dostosowywać, w razie konieczności zwiększając ją o 50 mg co 2 tygodnie, aby uzyskać liczbę płytek krwi ≥ 50 000/µl. U pacjentów przyjmujących dawkę 25 mg raz na dobę, przed rozpoczęciem zwiększania dawki o 50 mg, należy zwiększyć dawkę do 50 mg na dobę. Nie należy przekraczać dawki 150 mg na dobę. Należy regularnie monitorować parametry hematologiczne i czynność wątroby przez cały czas trwania leczenia eltrombopagiem i modyfikować dawkowanie eltrombopagu w zależności od liczby płytek krwi, zgodnie z zapisami zawartymi w aktualnej na dzień	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita); 3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością, w szczególności MDS; 4) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem cytogenetycznym oraz trepanobiopsja; 5) badanie okulistyczne; 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie: a) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji, b) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania przeprowadzane po ustaleniu stabilnej dawki: a) wykonywane co 1 miesiąc:

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) brak odpowiedzi hematologicznej po 16 tygodniach leczenia;
3) wystąpienie nieprawidłowości cytogenetycznych stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia eltrombopagiem;
4) wystąpienie nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii;
5) Zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5;
6) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (≥ 3 x GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem ≥ 3 x wartość wyjściowa lub > 5 x GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:
   a) będzie narastać
   albo
   b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,
   albo
   c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,
   albo
   d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby;
7) ciąża;
8) karmienie piersią.

wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

U pacjentów, którzy uzyskają odpowiedź trójliniową, w tym uniezależnienie od transfuzji, trwającą przynajmniej 8 tygodni: dawkę eltrombopagu można zmniejszyć o 50%. Jeśli liczba komórek nie zmieni się po 8 tygodniach przy zmniejszonej dawce leku, eltrombopag trzeba odstawić i monitorować liczbę komórek krwi (morfologię krwi). Jeśli liczba płytek krwi spadnie do wartości < 30 000/µl, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do < 9 g/dl lub całkowita liczba neutrofili wyniesie < 0,5 x 109 /l, można wznowić leczenie eltrombopagiem we wcześniej stosowanej skutecznej dawce.

Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania dla szczególnych grup pacjentów określone są w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

   – morfologia krwi z rozmazem,
   – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji);
3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii:
   a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznymi trepanobiopsja (z oceną włóknienia);
4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:
   a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników:
      – morfologia krwi z rozmazem;
5) badanie wykonywane co 3 miesiące:
   a) okresowa kontrola okulistyczna;
6) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym po 3 miesiącach leczenia, a następnie biopsja aspiracyjna szpiku kostnego zbadaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja po 9 miesiącach od rozpoczęcia leczenia.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych

		do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.128.FM.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ PORFIRIĘ WĄTROBOWĄ (AHP) U DOROSŁYCH I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 12 LAT (ICD-10: E80.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta. 1) wiek ≥12 lat; 2) udokumentowana diagnoza ostrej porfirii wątrobowej (AIP – ostra porfiria przerywana, HCP – dziedziczna koproporfiria, VP – porfiria mieszana, ADP – porfiria z niedoborem dehydratazy kwasu aminolewulinowego) na podstawie stanu klinicznego, co najmniej 1 udokumentowana wartość porfobilinogenu (PBG) lub delta-kwasu aminolewulinowego (ALA) w moczu lub osoczu ≥4 × górna granica normy (GGN) w ciągu ostatniego roku przed kwalifikacją do programu lub w jego trakcie oraz jedno z poniższych: a) udokumentowana obecność genetycznych mutacji w genie związanym z ostrą porfirią wątrobową (AHP), zdefiniowanym jako dowolny z poniższych: – AIP: mutacja w genie *HMBS*, – HCP: mutacja w genie *CPOX*,	**1. Dawkowanie** Maksymalna dawka giwosyranu sodowego wynosi 2,5 mg/kg m.c. raz na miesiąc we wstrzyknięciu podskórnym wg zasad opisanych w ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie przedmiotowe, w tym masa ciała, wzrost, BMI, ECOG, ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca; 2) badania laboratoryjne: a) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym, b) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, fosforany, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, stężenie jonów chlorkowych, lipaza, amylaza, ferrytyna), c) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia), d) koagulogram: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 3) badanie ogólne moczu; 4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym – oznaczenie beta hCG (gonadotropina kosmówkowa) w moczu lub krwi; 5) ALA i PBG w moczu; 6) badanie w kierunku HIV: test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygenu p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2, HBV HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego

– VP: mutacja w genie *PPOX*, – ADP: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych ALAD, b) cechy kliniczne pacjenta oraz diagnostyczne kryteria biochemiczne wskazujące na AHP, nawet jeżeli jeśli wyniki badań genetycznych pacjenta nie wykazały mutacji w genie związanym z porfirią (<5%); 3) aktywna choroba, z co najmniej 2 atakami porfirii wymagającymi hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 4) gotowość do przestrzegania wymogów związanych z kontrolą urodzeń w okresie leczenia. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu** Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) ALT >2×GGN, 2) bilirubina całkowita (TBL)>1,5×GGN (dla pacjentów z zespołem Gilberta TBL>2xGGN), 3) INR>1,5 (dla pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe INR>3,5); 4) eGFR <15ml/min/1,73m2 przy zastosowaniu wzoru MDRD;		wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA, i HCV (anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku HCV RNA); 7) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Raz na miesiąc: 1) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym; 2) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, lipaza, amylaza, ferrytyna)- badania przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne; 3) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia)- przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne; 4) badania krzepliwości krwi: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) - przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne. **2.2.** Raz na 6 miesięcy: 1) Ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12; 2) Poziom ALA i PBG w moczu. **2.3.** Raz na rok: 1) Ocena skuteczności terapii:

5) reakcje alergiczne na oligonukleotyd lub GalNAc w wywiadzie; 6) nietolerancja iniekcji podskórnych w wywiadzie; 7) aktywne zakażenie HIV lub potwierdzone obecne lub przewlekłe zakażenie HCV lub HBV; 8) ciąża lub planowanie ciąży w trakcie leczenia; 9) karmienie piersią; 10) każdy stan który w opinii lekarza sprawiłby, że pacjent mógłby nie przyjąć odpowiedniej dawki lub który mógłby zakłócać zgodność, bezpieczeństwo pacjenta lub udział pacjenta w programie (np. nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, ale także niestabilne zaburzenia sercowo-naczyniowe, neurologiczne, żołądkowo-jelitowe, endokrynologiczne, nerek lub zaburzenia psychiatryczne niezwiązane z porfirią, zidentyfikowane na podstawie nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych lub wywiadu medycznego); 11) nawracające zapalenie trzustki lub ostre zapalenie trzustki w wywiadzie z aktywnością choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 12) wcześniejsze leczenie giwosyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni giwosyranem sodowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego). **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno trwać do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności lub braku skuteczności terapii.		a) roczny wskaźnik napadów porfirii (AAR) w postaci napadów wymagających hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych, b) liczba dni stosowania heminy rocznie, c) poziom ALA i PBG w moczu, d) jakość życia mierzona w skali PCS SF-12. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii (pkt. 2.3). 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

4. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny na podstawie punktu a) albo b) poniżej; a) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 6 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL; b) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 12 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL; 2) klinicznie istotne podwyższenie wartości w wynikach badań czynności wątroby zgodnie z oceną lekarza prowadzącego; 3) eGFR <15ml/min/1,73m^2 przy zastosowaniu wzoru MDRD; 4) zakażenie HIV, HCV lub HBV; 5) zapalenie trzustki; 6) nadwrażliwość na lek; 7) ciąża; 8) karmienie piersią.		

Załącznik B.129.FM.

LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNĄ HIPEROKSALURIĘ TYPU 1 (ICD-10: E74.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta: 1) potwierdzenie choroby PH1 badaniem molekularnym; 2) przewlekła choroba nerek w stadium I-III (eGFR>30 ml/min/1,73m^2); 3) średnie dobowe wydalanie szczawianów z moczem ≥0,70 mmol /1,73 m^2/24h ; 4) brak efektywności terapii witaminą B_6 (pirydoksyną) rozumianej jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem ≥ 30% w okresie co najmniej 3- miesięcznym; 5) pisemna świadoma zgoda pacjenta na leczenie; w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia – zgoda opiekuna prawnego. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	**1. Dawkowanie** Stosowanie produktu leczniczego Oxlumo obejmuje dawki nasycające podawane raz w miesiącu przez 3 miesiące, a następnie dawki podtrzymujące podawane po miesiącu od ostatniej dawki nasycającej, zależne od masy ciała: 1) masa ciała poniżej 10 kg: – dawka nasycająca 6 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz w miesiącu; 2) masa ciała od 10 kg do mniej niż 20 kg: – dawka nasycająca 6 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 6 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące; 3) masa ciała 20 kg i więcej: – dawka nasycająca 3 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące. Szczegółowe warunki stosowania są opisane w ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar wzrostu i masy ciała; 2) test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym; 3) badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT; 4) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV; 5) ocena laboratoryjna: a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m^2/24h), b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żylnej, c) badanie ogólne moczu; 6) USG układu moczowego. **2. Monitorowanie leczenia** Po pierwszych sześciu miesiącach leczenia, lekarz dokonywać będzie oceny odpowiedzi pacjenta na leczenie.

2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu 1) eGFR < 30 ml/min/1,73m^2; 2) klinicznie istotne nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN); 3) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C; 4) przeszczepienie nerki lub wątroby; 5) nietolerancja wstrzyknięć podskórnych; 6) ciąża; 7) karmienie piersią; 8) odmowa stosowania antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym; 9) historia nadużywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub niemożność lub niechęć do ograniczenia spożycia alkoholu w trakcie leczenia; 10) wcześniejsze leczenie lumazyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni lumazyranem sodowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego). **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN);		**2.1.** Badania co 3 miesiące: 1) pomiar wzrostu (pacjenci pediatryczni) i masy ciała; 2) ocena laboratoryjna: a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m2/24h), b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żylnej, c) badanie ogólne moczu, d) USG układu moczowego, w przypadku uznania za konieczne przez lekarza prowadzącego. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:

2) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespól Koordynacyjny rozumiany jako brak redukcji wydalania szczawianów z moczem >30% w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych; 3) osiągnięcie stadium IV lub V PChN (eGFR<30 ml/min/1,73m^2); 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek; 5) ciąża; 6) karmienie piersią; 7) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C.		a) procentowa zmiana dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol/1,73m^2/24h), b) zmiana funkcji nerek za pomocą oceny współczynnika eGFR. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.130.

LECZENIE CHORYCH Z DYSTROFIĄ MIĘŚNIOWĄ DUCHENNE'A SPOWODOWANĄ MUTACJĄ NONSENSOWNĄ W GENIE DYSTROFINY (ICD-10: G71.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dystrofii mięśniowej Duchenne'a spowodowanej mutacją nonsensowną w genie dystrofiny dokonuje Zespół Koordynujący do spraw leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Kryteria kwalifikacji
Do programu mogą być zakwalifikowani chodzący pacjenci w wieku od 2 lat i z masą ciała powyżej 12 kg z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną przez mutację nonsensowną w genie dystrofiny (nmDMD).
Pacjenci z DMD bez mutacji nonsensownej nie powinni otrzymywać atalurenu.
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.</td>
<td>1. Dawkowanie
Ataluren stosowany jest doustnie trzy razy na dobę. Zalecane jest dawkowanie wg schematu:
1) rano – 10 mg/kg masy ciała,
2) w południe – 10 mg/kg masy ciała;
3) wieczorem – 20 mg/kg masy ciała
– do łącznej dawki 40 mg/kg masy ciała na dobę.
Sposób podawania atalurenu – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia
1) wynik badania genetycznego potwierdzający mutację nonsensowną genu dystrofiny;
2) kreatynina w surowicy, eGFR;
3) kinaza kreatynowa w surowicy (CPK);
4) azot mocznika we krwi;
5) cholesterol całkowity;
6) LDL;
7) HDL;
8) trójglicerydy.

2. Monitorowanie leczenia
1) Co 6 miesięcy:
a) CPK, kreatynina w surowicy, azot mocznika we krwi (co 6 do 12 miesięcy),
b) ciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe w spoczynku;
2) Co 12 miesięcy ponadto:
a) cholesterol całkowity,</td>
</tr>
</table>

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia pkt.3 oraz z zastrzeżeniem zawartym w pkt.4. **3. Kryteria wyłączenia** 1) rezygnacja pacjenta; 2) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych; 3) jednoczesne stosowanie dożylnych aminoglikozydów; 4) trwała utrata zdolności do chodzenia (tj. utrzymująca się powyżej 6-ciu miesięcy). **4. Warunkowe (czasowe) wykluczenie z programu** Jeżeli konieczne jest leczenie dożylne aminoglikozydami, należy przerwać leczenie atalurenem. Można je wznowić 2 dni po zakończeniu podawania aminoglikozydów. W przypadku, gdy świadczeniobiorca po zakończeniu podawania aminoglikozydów spełnia kryteria wyłączenia z programu, lekarz prowadzący podejmuje decyzję o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.		b) LDL, c) HDL, d) trójglicerydy. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowej do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Załącznik B.131.

LECZENIE PACJENTÓW Z IDIOPATYCZNĄ WIELOOGNISKOWĄ CHOROBĄ CASTLEMANA (ICD-10: D47.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Pacjent musi spełniać wszystkie poniższe kryteria włączenia do programu. 1) potwierdzona wieloogniskowa postać choroby Castlemana; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) ujemne wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV oraz HHV-8; 4) brak czynnego zakażenia WZW B; 5) odpowiednia wydolność szpiku oceniana na podstawie wyników badań laboratoryjnych: a) całkowita liczba neutrofilów ≥ 1,0 x 10^9/l, b) liczba płytek ≥ 50 x 10^9/l, c) hemoglobina < 170 g/l (10,6 mmol/l); 6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji; 7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni *siltuksymabem* w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	**1. Dawkowanie** Dawkowanie *siltuksymabu* zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień objęcia refundacją.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin; 2) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR); 3) aktywność AspAT, AIAT, stężenie bilirubiny; 4) badania w kierunku zakażenia HIV (test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygenu p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2) oraz HHV-8 (badanie LANA-1 w immunohistochemii lub metoda reakcji łańcuchowej polimerazy PCR); 5) badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV (HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA); 6) test ciążowy (oznaczenie stężenie gonadotropiny kosmówkowej w moczu lub krwi); 7) tomografia komputerowa (TK) obejmująca szyję, klatkę piersiową, jamę brzuszną i miednicę. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie skuteczności leczenia powinno się odbywać na podstawie kryteriów odpowiedzi według międzynarodowych

2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu. Leczenie *siltuksymabem* powinno być wstrzymane, jeśli pacjent ma ciężkie zakażenie lub jakiekolwiek toksyczne działanie niehematologiczne i może być wznowione w tej samej dawce po wyleczeniu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *siltuksyma*b lub którykolwiek ze składników preparatu; 2) wystąpienie toksyczności powyżej 3. stopnia według WHO; 3) utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost nasilenia (≥ 2. stopnia) objawów związanych z chorobą; 4) pojawienie się nowych objawów związanych z chorobą o nasileniu ≥ 3. stopnia; 5) pogorszenie stanu sprawności ogólnej, tj. utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost o > 1 punkt w skali ECOG; 6) progresja choroby potwierdzona w badaniu tomografii komputerowej węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano; 7) ciąża i laktacja.		zaleceń Zespołu Ekspertów ds. Choroby Castlemana – Castleman Disease Collaborative Network (CDCN). 1) monitorowanie objawów choroby Castlemana wg zaleceń CDCN na podstawie CTC; 2) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia zgodnie z NCI-CTCAE v 4.0; 3) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin; 4) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR); 5) aktywność AspAT, AIAT; 6) ocena wielkości węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano (tomografia komputerowa). Badania wykonuje się: 1) morfologia krwi z rozmazem należy wykonywać przez pierwsze 12 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 2) stężenie CRP przez 6 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 3) profil nerkowy, albuminy, aktywność AspAT, AIAT przez 3 miesiące przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 4) tomografię komputerową należy wykonywać po 3, 6 i 12 miesiącu terapii, a następnie w razie podejrzenia progresji choroby. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

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

Załącznik B.132.

ZAPOBIEGANIE REAKTYWACJI CYTOMEGALOWIRUSA (CMV) I ROZWOJOWI CHOROBY U SEROPOZYTYWNYCH WZGLĘDEM CMV PACJENTÓW, KTÓRZY BYLI PODDANI ZABIEGOWI 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)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego pediatrycznym i dorosłym pacjentom, seropozytywnym względem CMV, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT) udostępnia się terapię:
1) letermowirem,
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji
1) pediatryczny lub dorosły biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT);
2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV;
3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią (dotyczy kobiet w wieku rozrodczym);</td>
<td>1. Dawkowanie leku
1.1. letermowir
1.1.1. dorośli pacjenci:
Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg lub 480 mg podawana doustnie raz na dobę.

1.1.2. pediatryczni pacjenci
Pacjenci o masie ciała (mc.) >30 kg: Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg (w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny) lub 480 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę.

Pacjenci o mc. 18-30 kg: 50% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 120 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 240 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) oznaczenie statusu serologicznego CMV IgG i IgM biorcy;
2) ocena wydolności wątroby:
a) oznaczenie stężenie bilirubiny w surowicy krwi,
b) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi,
c) oznaczenie INR,
d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
e) określenie skali Child-Pugh;
3) ocena wydolności nerek:
a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
b) oznaczenie wskaźnika eGFR.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia
2.1. pediatryczni pacjenci
1) badania wykonywane raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru:</td>
</tr>
</table>

5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 7) nieobecność ciężkiego (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby; 8) nieobecność umiarkowanego zaburzenia czynności wątroby (klasa B w skali Child-Pugh) i współwystępującego umiarkowanego (wartość eGFR 31,0 do 56,8 ml/min/1,73 m2) lub ciężkiego (wartość eGFR 11,9 do 28,1 ml/min/1,73 m2) zaburzenia czynności nerek. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Stosowanie letermowiru można rozpocząć w dniu przeszczepienia i nie później niż 28 dni po przeszczepieniu. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż stosowanie letermowiru w ramach profilaktyki można kontynuować maksymalnie do 100 dni po przeszczepieniu.	doustnie raz na dobę. Pacjenci o mc. <18 kg: 25% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 60 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 120 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę. Tabletkę należy podzielić lub rozkruszyć, aby podać ilość odpowiadającą ww. dawce. **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie wykonywane nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru – ilościowe badanie CMV DNA – stężenie lub liczba kopii w ml w surowicy lub pełnej krwi. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) wystąpienie klinicznie istotnej infekcji CMV, b) konieczność rozpoczęcia terapii wyprzedzającej; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

3. Kryteria wyłączenia 1) stwierdzenie przez lekarza prowadzącego konieczności rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego wskutek wystąpienia u pacjenta klinicznie istotnej CMV DNA-emii (zgodnie ze standardową procedurą operacyjną ośrodka transplantacyjnego prowadzącego leczenie, nie dotyczy to wykrywania CMV DNA uwalnianego z komórek w postaci niezakaźnej); 2) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.133.

PROFILAKTYCZNE LECZENIE CHORYCH NA MIGRENĘ PRZEWLEKŁĄ (ICD-10: G43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się dwie linie leczenia migreny przewlekłej substancjami: 1) Toksyna botulinowa typu A 2) Erenumab 3) Fremanezumab W pierwszej linii leczenia stosuje się toksynę botulinową typu A. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia erenumabem albo fremanezumabem. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia toksyną botulinową** 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia; 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu. Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorders*, ICHD); 3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:	**1. Toksyna botulinowa** Lek podaje się wielopunktowo, zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego. Jednorazowo podaje się pacjentowi maksymalną dawkę 195 j. Kolejne podanie leku następuje po upływie co najmniej 12 tygodni, ale nie później niż 16 tygodni od podania poprzedniej dawki leku. **2. Erenumab** Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego: 140 mg erenumabu co 4 tygodnie. **3. Fremanezumab** Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:	**1. Wykaz badań przy kwalifikacji** 1) wywiad z pacjentem potwierdzający spełnienie kryteriów kwalifikacji do programu lekowego; 2) badanie fizykalne – neurologiczne; 3) dzienniczek pacjenta z udokumentowanymi napadami bólu głowy i bólu migrenowego prowadzony przez okres minimum 3 ostatnich miesięcy; 4) prawidłowo prowadzona historia choroby uwzględniająca wymagane w kryteriach włączenia próby leczenia w przeszłości; 5) kwestionariusz jakości życia – skala MIDAS. **2. Badania podczas monitorowania leczenia** 1) kontrolne wizyty u lekarza z oceną efektów leczenia co 12 tygodni (± 15 dni) od momentu włączenia do programu lekowego; 2) analiza skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka pacjenta; 3) analiza jakości życia na podstawie kwestionariusza wg skali MIDAS.

a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL), b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę, c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę lub przeciwwskazanie do stosowania lub brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień włączenia do programu Charakterystykami Produktów Leczniczych; Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia. 4) wykluczenie przeciwwskazań do stosowania toksyny botulinowej typu A określonych w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5) brak wcześniejszego leczenia toksyną botulinową typu A we wskazaniu migrena przewlekła (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego); 6) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu toksyny botulinowej typu A. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	225mg fremanezumabu raz na miesiąc lub 675 mg fremanezumabu raz na trzy miesiące.	W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych parametrów koniecznych do oceny bólów głowy: 1) liczba dni z bólem głowy, 2) typ bólu głowy, 3) natężenie bólu, 4) czas trwania, 5) objawy towarzyszące, 6) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych doraźnie leków przeciwbólowych/przeciwmigrenowych, 7) informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/przeciwmigrenowych (np. ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin, zmniejszenie bólu, zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących). **2. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia **1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia lekami anty-CGRP (erenumabem albo fremanezumabem)** 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia; 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorder*, ICHD); 3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród: a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL), b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę, c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę lub		

przeciwwskazanie do stosowania lub brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień włączenia do programu Charakterystykami Produktów Leczniczych; Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia. 4) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie po 3 pierwszych podaniach toksyny botulinowej (w dniu planowanego czwartego podania), definiowany jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu względem wartości początkowej o mniej niż 50%) albo nawrót migreny przewlekłej stwierdzony w wyniku finalnej oceny leczenia toksyną botulinową (ocena dokonywana jest nie wcześniej niż po 12-16 tyg. od ostatniego podania leku, ale nie później niż 6 miesięcy) albo nietolerancja toksyny botulinowej typu A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego albo przeciwskazania do stosowania toksyny botulinowej A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) brak wcześniejszego leczenia lekami anty-CGRP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego;		

6) wykluczenie przeciwwskazań określonych w odpowiednich aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystykach Produktu Leczniczego; 7) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu leku anty-CGRP. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia. **2. Kryteria ponownej kwalifikacji do programu** Pacjent do programu lekowego może być ponownie zakwalifikowany tylko jeden raz. **2.1.** Po zakończeniu leczenia toksyną botulinową typu A i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej. Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu toksyny botulinowej typu A.		

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu. **2.2.** Po zakończeniu leczenia lekiem anty-CGRP i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej. Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu leku anty-CGRP. U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu. **3. Czas trwania leczenia w programie obejmuje:** **3.1.** W I linii leczenia 5 podań toksyny botulinowej lub mniej w przypadku spełnienia któregokolwiek z kryterium wyłączenia dotyczących toksyny botulinowej. Po zakończeniu leczenia (po zastosowaniu 5-tego podania) pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy. W przypadku nietolerancji albo braku odpowiedzi na leczenie albo nawrotu migreny przewlekłej do 6 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o kwalifikacji pacjenta do leczenia erenumabem albo fremanezumabem) W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia toksyną botulinową typu A. **3.2.** W II linii leczenia okres podawania erenumabu albo fremanezumabu w programie wynosi 12 miesięcy. Odpowiedź na		

leczenie jest definiowana po 12 tygodniach leczenia poprawą jakości życia mierzoną skalą MIDAS oraz jako redukcja o co najmniej - 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej. Brak odpowiedzi na leczenie powoduje wyłączenie pacjenta z programu. W przypadku nietolerancji zastosowanego leku anty-CGPR (zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego) istnieje możliwość zmiany leku na inny wymieniony w programie lek anty-CGPR. Zmiany można dokonać nie później niż do 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia lekiem anty-CGPR. Po zakończeniu leczenia pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy. W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia lekiem anty-CGRP. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak prawidłowego prowadzenia dzienniczka bólów głowy; 2) brak odpowiedzi na leczenie oceniane podczas wizyt kontrolnych; Odpowiedź na leczenie jest definiowana jako redukcja o co najmniej - 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej sprzed leczenia.		

3) pogorszenie lub brak zmiany w jakości życia, mierzone skalą MIDAS, stwierdzone i zweryfikowane podczas wizyt monitorujących; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancje pomocnicze uniemożliwiające kontynuacje leczenia; 5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku.		

Załącznik B.134.

ZAPOBIEGANIE POWIKŁANIOM KOSTNYM U DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZAAWANSOWANYM PROCESEM NOWOTWOROWYM OBEJMUJĄCYM KOŚCI Z ZASTOSOWANIEM DENOSUMABU (ICD-10: C18, C19, C20, C34, C50, C61, C64, C67, C79.5, C90.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikowania 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności wg ECOG 0-2; 3) rozpoznanie: a) uogólniony proces nowotworowy (IV stopień zaawansowania) – potwierdzony histologicznie lub cytologicznie nowotwór lity lub b) szpiczak plazmocytowy; 4) potwierdzona w badaniu obrazowym obecność: a) w przypadku nowotworów litych – co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości; lub b) w przypadku szpiczaka plazmocytowego – co najmniej jednej zmiany osteolitycznej lub zmiany naciekającej kości; 5) a) w przypadku pacjentów z przerzutami do kości z nowotworów litych: nietolerancja lub przeciwskazania do stosowania bisfosfonianów lub	**1. Dawkowanie denosumabu** Denosumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Wszyscy chorzy powinni otrzymywać co najmniej 500 mg wapnia i 400 j.m. witaminy D na dobę, chyba, że występuje u nich hiperkalcemia (w przypadku hipokalcemii może być konieczne zastosowanie dodatkowej suplementacji wapnia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyki Produktu Leczniczego).	**1. Badania podczas kwalifikacji do leczenia denosumabem** **1.1. Guzy lite** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie rozpoznania nowotworu złośliwego; 2) potwierdzenie obecności co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej); 3) aktywność AlAT; 4) aktywność AspAT; 5) stężenie bilirubiny; 6) stężenie wapnia; 7) stężenie kreatyniny; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **1.2. Szpiczak plazmocytowy** 1) potwierdzenie diagnozy szpiczaka plazmocytowego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej;

b) w przypadku pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym: nietolerancja lub przeciwskazania do stosowania bisfosfonianów lub stwierdzenie zaburzeń funkcji nerek. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu lekowego w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być kwalifikowani chorzy, którzy otrzymują obecnie leczenie denosumabem i spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego w chwili rozpoczęcia leczenia. **2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie** 1) ciężka, nieleczona hipokalcemia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyce Produktu Leczniczego; 2) niezagojone rany po zabiegach stomatologicznych lub chirurgicznych w jamie ustnej; 3) martwica kości szczęki lub zapalenie kości szczęki w wywiadzie 4) równoczesne leczenie bisfosfonianami; 5) równoczesne leczenie innymi produktami leczniczymi zawierającymi denosumab (z powodu osteoporozy). **3. Określenie czasu leczenia** 1) Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. 2) W przypadku szpiczaka plazmocytowego: u chorych, którzy po dwóch latach leczenia denosumabem osiągną co najmniej bardzo dobrą częściową remisję dzięki stosowaniu terapii przeciwszpiczakowej można: – odstawić denosumab i wówczas po co najmniej 6 miesiącach należy podać pacjentowi pojedynczą dawkę bisfosfonianów		2) potwierdzenie występowania co najmniej jednej zmiany osteolitycznej w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej); 3) aktywność AlAT; 4) aktywność AspAT; 5) stężenie bilirubiny; 6) stężenie wapnia; 7) stężenie kreatyniny; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia denosumabem** 1) oznaczenie stężenia: a) wapnia w surowicy – w ciągu 2 tygodni po podaniu pierwszej dawki oraz następnie w sytuacji, kiedy wystąpią objawy hipokalcemii. Dodatkową kontrolę stężenia wapnia należy rozważyć także podczas leczenia chorych z czynnikami ryzyka rozwoju hipokalcemii lub jeżeli wymaga tego stan chorego. 2) inne badanie w razie wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

albo – kontynuować stosowanie denosumabu co 6 miesięcy, biorąc pod uwagę choroby współistniejące w tym osteoporozę lub konieczność kontynuacji sterydoterapii. W przypadku nawrotu choroby możliwe jest ponowne rozpoczęcie podawania denosumabu, jeśli chory spełnia kryteria włączenia do programu. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na denosumabu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu; 2) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią; 3) wystąpienie martwicy kości szczęki; 4) wystąpienie atypowego złamania kości udowej; 5) progresja bólu kostnego niezależna od progresji choroby podstawowej (w przypadku nowotworów litych), lub niebędąca konsekwencją terapii podstawowej (np. polineuropatii w przypadku szpiczaka plazmocytowego), zdefiniowana jako konieczność włączenia silnych opioidów lub podwojenia dawek podawanych silnych opioidów; 6) terminalne stadium choroby zdefiniowane jako przewidywana długość życia nieprzekraczająca 3 miesięcy; 7) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. wg ECOG.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.135.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ ŚRÓDMIĄŻSZOWĄ PŁUC (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie nintedanibem pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc: – przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD), – związanej z twardziną układową. 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. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody jednego z Zespołów, o którym mowa powyżej. **1. Kryteria kwalifikacji** Dla poszczególnych terapii muszą być spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.). **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji:** 1) wiek 18 lat i powyżej,	**1. Dawkowanie** **Maksymalna dawka dobowa:** 300 mg, Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W przypadku pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związaną z twardziną układową, u których mykofenolan mofetylu jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, nintedanib należy podawać w skojarzeniu z mykofenolanem mofetylu w rekomendowanej dawce. Mykofenolan mofetylu, jeśli jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, powinien być kontynuowany także po wstrzymaniu terapii nintedanibem. Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) (do decyzji lekarza), 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), 3) morfologia krwi z rozmazem, 4) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy, 5) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy, 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT), 8) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy, 9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT), 10) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD, 11) oznaczenie stężenia NT-proBNP (do decyzji lekarza) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD, 12) oznaczenie wskaźnika INR, 13) oznaczenie stężenia czynnika reumatoidalnego RF – dotyczy kwalifikacji do leczenia PF-ILD, 14) oznaczenie miana p/ciał aCCP,

2) rozpoznanie choroby śródmiąższowej płuc na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (TKWR), 3) FVC ≥ 40% wartości należnej, 4) pojemność dyfuzyjna płuc TLco powyżej 30% wartości należnej, 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii, 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (zwana dalej ChPL), 7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL, 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią, 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. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji:** 1.2.1. Terapia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związanej z twardziną układową: 1) rozpoznanie twardziny układowej (SSc) zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR,	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. Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi inhibitorami kinaz, które jest wskazane i uznane za odpowiednie u danego pacjenta zgodnie z rekomendacjami lub aktualną wiedzą medyczną z uwagi na chorobę śródmiąższową płuc, należy do lekarza pulmonologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego. U pacjentów, u których leczenie mykofenolanem mofetylu nie jest dobrze tolerowane lub jest przeciwwskazane oraz leczenie innymi lekami immunosupresyjnymi nie jest wskazane lub jest przeciwwskazane lub nie jest dobrze tolerowane, nintedanib zgodnie z decyzją lekarza reumatologa lub pulmonologa prowadzącego leczenie, może być podawany w monoterapii.	15) oznaczenie miana p/ciał c-ANCA i p-ANCA, 16) oznaczenie miana p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF, 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, 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), 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), 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), 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), 22) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym), 23) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza), 24) badanie kapilaroskopowe – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD, 25) elektrokardiografia (EKG), 26) ECHO serca, 27) spirometria (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),

2) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c: a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano: – spadek wartości FVC o co najmniej 10%, lub – spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, pomimo terapii mykofenolanem mofetylu lub cyklofosfamidem, jeśli ich zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące ich stosowania, z których każdy stosowany był zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, lub b) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej, lub c) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc. 1.2.2. Terapia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD): 1) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci z rozpoznaniem: a) układowej choroby tkanki łącznej, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR (ustalonym w ośrodkach reumatologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół		28) wskaźnik transferu płucnego dla CO (TLco) (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją), 29) pletyzmografia (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją), 30) TK wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (TKWR) (maksymalnie do 12 m-cy przed kwalifikacją), 31) gazometria krwi lub pulsoksymetria, 32) konsultacja pulmonologiczna lub reumatologiczna (do decyzji lekarza). **2. Monitorowanie terapii** 1) badania laboratoryjne a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy, c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT), e) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy, f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), g) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT). Wymienione badania powinny być wykonywane po 1 miesiącu (±15 dni), po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania leku. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±3 miesiące). 2) badania czynnościowe układu oddechowego: a) spirometrię,

Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, lub b) przewlekłego zapalenia płuc z nadwrażliwości lub sarkoidozy lub idiopatycznego niespecyficznego śródmiąższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanego idiopatycznego śródmiąższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanej śródmiąższowej choroby płuc zgodnie z aktualnymi rekomendacjami (ustalonym w ośrodkach pulmonologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, 2) Do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c: a) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano w okresie ostatnich 24 m-cy: – spadek wartości FVC o co najmniej 10%, lub – spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, lub – spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR, lub – spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz nasilenie objawów klinicznych, lub – progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR oraz nasilenie objawów klinicznych, pomimo stosowania leczenia uznawanego za odpowiednie lub rekomendowanego dla danej postaci ILD, jeśli jego zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania, które stosowane		b) wskaźnik transferu płucnego dla CO (TLco), c) pletyzmografię, d) gazometrię krwi lub pulsoksymetrię. Wymienione badania powinny być wykonywane po każdych 12 miesiącach (±3 miesiące) od pierwszego podania leku. 3) badanie obrazowe płuc: a) TKWR klatki piersiowej. Badanie należy wykonać po 12 miesiącach (±3 miesiące) od pierwszego podania leku. W przypadku kontynuacji leczenia w programie, decyzja o terminie kolejnego badania należy do lekarza prowadzącego; 4) badania układu krążenia: a) elektrokardiografia (EKG) po każdych 6 miesiącach (±3 miesiące), b) ECHO serca po każdych 12 miesiącach (±3 miesiące). 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.

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 (±3 miesiące) leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach (±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.

w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie co najmniej 2 tygodni, 2) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL, 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą, 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwia ją dalsze prowadzenie leczenia, 5) okres ciąży lub karmienia piersią, 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** 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, 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 ZespółKoordynacyjny lub lekarz prowadzący,		

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.		

Załącznik B.136.FM.

LECZENIE CHORYCH NA GRUŹLICĘ LEKOOPORNĄ (MDR/XDR) (ICD-10: A15)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**DAWKOWANIE LEKÓW**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się dwie terapie gruźlicy lekoopornej substancjami: **A. bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi (gruźlica płuc MDR-TB);** **B. pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem (gruźlica płuc MDR-TB albo XDR-TB).** W programie lekowym istnieje możliwość kwalifikacji pacjenta do terapii 1 albo 2. Nie można traktować powyższych terapii jako linie leczenia. **1. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi.** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 14 lat; 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji; 3) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym możliwym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed włączeniem do programu albo brak możliwości zastosowania innego skutecznego leczenia gruźlicy płuc;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.	**1. Wykaz badań przy kwalifikacji** 1) zdjęcie RTG klatki piersiowej; 2) badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, stężenie potasu, wapnia i magnezu w surowicy, aminotransferaza alaninowa [AlAT], aminotransferaza asparaginowa [AspAT], fosfataza zasadowa i bilirubina, stężenie kreatyniny); 3) badanie EKG; 4) pomiar BMI; 5) test ciążowy; 6) test na obecność na wirusa HIV; 7) badanie plwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub wykonanie testu molekularnego w przypadku gruźlicy: a) XDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na izoniazyd, ryfamycynę, fluorochinolon lub b) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed włączeniem, które w opinii lekarza były zgodne z leczeniem lub

4) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu leczniczego (dalej ChPL); 6) brak przeciwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL; 7) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dni przed rozpoczęciem terapii; 8) brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego; 9) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ $\leq$ 50 komórek/µl; 10) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub badakiliną w skojarzeniu z pretomanidem; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 12) wyrażenie zgody przez pacjenta na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Całkowita długość leczenia w programie wynosi 24 tygodnie. U pacjentów, u których po 24 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenia można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.		c) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na PAS, etionamid, aminoglikozydy lub fluorochinolony. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania wykonywane na początku leczenia oraz przynajmniej raz w tygodniu podczas pierwszego miesiąca leczenia, co drugi tydzień podczas 2. miesiąca, a następnie raz na miesiąc:** 1) badania czynności wątroby (AlAT, AspAT, fosfataza zasadowa i bilirubina) – w trakcie leczenia oraz zgodnie z potrzebami. W razie wystąpienia objawów wskazujących na wystąpienie lub nasilenie się zaburzeń czynności wątroby, należy przeprowadzić badanie na obecność wirusowego zapalenia wątroby i przerwać stosowanie innych produktów leczniczych o toksycznym działaniu na wątrobę. **2.2. Badania wykonywane na początku leczenia, po dwóch tygodniach, a następnie raz na miesiąc:** 1) morfologia krwi. **2.3. Badania wykonywane raz na miesiąc:** 1) badanie EKG. **2.4. Badania wykonywane po 6 i 24 miesiącach po zakończeniu leczenia:** 1) badanie plwociny w kierunku M. tuberculosis przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub metod molekularnych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

2. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) lub gruźlicy płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem. **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 14 lat; 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) lub gruźlica płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji; 3) w przypadku MDR-TB: a) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed przystąpieniem do terapii lub b) udokumentowana nietolerancja leczenia drugiego rzutu z użyciem: – PAS, etionamidu, aminoglikozydów lub fluorochinolonów, – leczenia niewymienionego powyżej, które w opinii lekarza kwalifikuje pacjenta do terapii; 4) w przypadku XDR-TB: a) udokumentowana oporność na izoniazyd, ryfamycynę, fluorochinolon i antybiotyki podawane w formie iniekcji (amikacyna, kanamycyna, kapreomycyna) w dowolnym czasie lub podczas kwalifikacji; 5) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami ChPL,		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) status konwersji posiewu mikrobiologicznego plwociny, b) kontrola nawrotu bakteriologicznego lub niepowodzenia bakteriologicznego (ponowna infekcja); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

7) brak przeciwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL; 8) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dnia przed rozpoczęciem terapii; 9) brak nadużywania alkohol i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego; 10) BMI > 17 $kg/m^{2;}$ 11) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/µl; 12) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 13) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub bedakiliną w skojarzeniu pretomanidem; 14) wyrażenie zgody przez pacjenta na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Całkowita długość leczenia w programie wynosi 26 tygodni. U pacjentów, u których po 26 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenia można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancje pomocniczą;		

2) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postepowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych ChPL; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 4) utrzymujący się stan sprawności 50 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) BMI < 17 kg/m^2 (tylko w przypadku terapii leczenia pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną oraz linezolidem); 7) zakażenie wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/µl.		

Załącznik B.137.FM.

ODCZULANIE WYSOKO IMMUNIZOWANYCH DOROSŁYCH POTENCJALNYCH BIORCÓW PRZESZCZEPU NERKI (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców z Krajowej Listy Oczekujących do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 18 lat; 2) schyłkowa niewydolność nerek (stadium V CKD); 3) małe prawdopodobieństwo przeszczepienia w ramach dostępnego systemu alokacji nerek, w tym programów priorytetyzacji dla wysoko immunizowanych pacjentów: a) cPRA>=90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku; b) cPRA>=85% i <90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku i: i. brak zadowalających efektów po przejściu dwóch protokołów odczulania lub ii. ocena Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki wskazująca na potencjalną niską skuteczność protokołu odczulania u danego pacjenta;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego (CHPL). **2. Terapia immunosupresyjna** Zgodnie z zapisami CHPL podawanie imlifidazy nie eliminuje potrzeby stosowania leczenia immunosupresyjnego zgodnie ze standardem postępowania.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) potwierdzenie obecności przeciwciał DSA; 2) próba krzyżowa. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Po zakończeniu leczenia (monitorowanie kontynuowane przez okres 12 miesięcy po podaniu imlifidazy): 1) w ciągu 24 godzin po zakończeniu leczenia imlifidazą, ale przed przeszczepieniem należy potwierdzić konwersję wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny; 2) kliniczne testy laboratoryjne określające parametry życiowe, EKG (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną); 3) badania eGFR, stężenie kreatyniny i białkomocz (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną); 4) oznaczanie poziomu IgG (w przypadku immunosupresji z zastosowaniem IVIg); 5) poziom przeciwciał anty-HLA (DSA; po 3, 7, 14, 21, 28, a następnie raz w miesiącu do 6. miesiąca po implantacji);

4) spełnienie kryteriów dla wysoko immunizowanych pacjentów (pacjent ma krążące przeciwciała anty-HLA) z pozytywnym wynikiem próby krzyżowej (XM) przeciwko potencjalnemu zmarłemu dawcy nerki. W przypadku wstępnej kwalifikacji pacjenta do terapii imlifidazą pozytywny wynik wirtualnej próby krzyżowej (vXM) nie będzie stanowił kryterium wykluczenia do przeprowadzenia biologicznej próby krzyżowej jak to ma miejsce w przypadku pozostałych pacjentów zgodnie z aktualnym systemem alokacji nerek; 5) pacjent, dla którego korzyść z przeszczepienia niezgodnego narządu jest większa niż ryzyko pozostania na liście oczekujących i dializy, z uwzględnieniem powiązanego z tym ryzyka rozwoju powikłań oraz śmiertelności; 6) brak chorób współistniejących mogących stanowić przeciwwskazanie do odczulania i przeszczepienia nerki; 7) wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta na udział w programie lekowym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu** 1) wcześniejsze leczenie imlifidazą; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) trwające poważne zakażenie; 4) zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP); 5) negatywny wynik próby krzyżowej.		6) biopsja nerki po 3 miesiącach oraz w przypadku wystąpienia wskazań do jej przeprowadzenia (decyzja w oparciu o wyniki oznaczeń DSA oraz stężenia kreatyniny). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) potwierdzenie konwersji wyniku próby krzyżowej (na podstawie standardowych protokołów potwierdzania konwersji wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny stosowanych w ośrodku), b) czynność nerek po leczeniu imlifidazą oceniana za pomocą eGFR, kreatyniny i białkomoczu, c) przyjęcie przeszczepu lub jego utrata, d) wystąpienie procesu ostrego odrzucania potwierdzonego biopsją (ogółem i zależnego od przeciwciał), e) przeżycie pacjentów w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu, f) przeżycie przeszczepionej nerki w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.138.FM.

LECZENIE PACJENTÓW ZE SPEKTRUM ZAPALENIA NERWÓW WZROKOWYCH I RDZENIA KRĘGOWEGO (NMOSD) (ICD-10: G36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii oraz ocenę skuteczności leczenia dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia satralizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria: 1) wiek powyżej 12 roku życia; 2) rozpoznanie chorób ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych oraz rdzenia kręgowego (NMOSD) - oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych; 3) potwierdzenie obecności przeciwciał anty-AQP4; 4) EDSS od 0 do 6,5 włącznie; 5) brak przeciwwskazań do stosowania satralizumabu określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL); 6) brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny 6; 7) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym zaleca się	**1. Dawkowanie** **Satralizumab** może być stosowany w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym z terapią immunosupresyjną doustnymi kortykosteroidami (maksymalna dawka dobowa 15 mg ekwiwalentu prednizolonu, azatiopryną - maksymalna dawka dobowa 3 mg / kg m.c. lub mykofenolanem mofetylu – maksymalna dawka dobowa 3 000 mg). Szczegółowe informacje dotyczące dawkowania oraz jego modyfikacji znajdują się w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) badanie ogólne moczu, c) CRP, d) AST, ALT, e) lipidogram; 2) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania MRI potwierdzający rozpoznanie NMOSD; 3) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania potwierdzającego obecność przeciwciał anty-AQP4; 4) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 5) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 6) wykluczenie gruźlicy (RTG klatki piersiowej lub quantiferon); 7) wykluczenie aktywnego zakażenia HBV (obecności antygenu HBs), HCV (brak przeciwciał anty-HCV, a w

stosowanie antykoncepcji. Z uwagi na brak danych odnośnie stosowania leku u kobiet w ciąży decyzja o włączeniu do terapii pozostaje do decyzji lekarza po ocenie stosunku korzyści do ryzyka. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria kontynuacji leczenia. Ponadto, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy wcześniej rozpoczęli leczenie satralizumabem z innych źródeł finansowania, z wyjątkiem pacjentów aktualnie uczestniczących w trwających badaniach klinicznych, i na dzień rozpoczęcia terapii spełniali stosowne kryteria kwalifikacji. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) nadwrażliwość na satralizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) trwające aktualnie czynne zakażenie do momentu ustąpienia; 3) aktywny nowotwór złośliwy; 4) wcześniejsze leczenie przeciwciałem anty-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anty-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 5) wcześniejsze leczenie anty-CD4, kladrybiną, cyklofosfamidem lub mitoksantronem, przeszczepienie komórek macierzystych szpiku w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu;		przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową); 8) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo). **2. Monitorowanie leczenia** 1) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu; 2) badanie MRI - jeśli zasadne klinicznie (decyzję podejmuje specjalista neurolog); 3) morfologia krwi z rozmazem, ALT i AST, bilirubina co cztery tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, następnie co trzy miesiące przez jeden rok, a po tym czasie według wskazań klinicznych; 4) lipidogram po pierwszych 6 miesiącach, a następnie wg wskazań klinicznych; 5) przekazanie pacjentowi informacji o Karcie Ostrzegawczej oraz wskazanie, że w przypadku wystąpienia cech infekcji – niezbędny jest kontakt z lekarzem. **3. Monitorowanie programu** 1) ocena skuteczności: a) wskaźniki efektywności: – czas do wystąpienia rzutu, – częstość rzutów, – jakość życia na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36) – czas do zgonu, Definicja rzutu – wystąpienie jednego z poniższych:

6) inne stany kliniczne, które w opinii lekarza, mogą stanowić przeciwwskazania do terapii; 7) inne przeciwwskazania wymienione w aktualnej ChPL. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza Zespół Koordynacyjny po każdych pełnych 12 miesiącach terapii. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy. W przypadku wystąpienia 1 rzutu po minimum 6 miesiącach leczenia można dokonać zmiany / modyfikacji leczenia. Za brak skuteczności leczenia, uzasadniający zakończenie leczenia, przyjmuje się wystąpienie 2 ciężkich rzutów, występujących w odstępie co najmniej 30 dni, po minimum 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia satralizumabem. Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt. **4. Kryteria wyłączenia** Kryterium wyłączenia z leczenia jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) brak skuteczności leczenia zgodnie z definicja w pkt. 3; 2) EDSS 8,5 lub więcej; 3) wystąpienie przeciwwskazań do stosowania satralizumabu wg aktualnej ChPL; 4) aktywny nowotwór złośliwy; 5) nietolerancja leczenia satralizumabem;		i. wzrost o ≥ 1,0 pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego więcej niż 0 (lub wzrost o ≥2,0 pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego 0), ii. wzrost o ≥ 2,0 pkt. w co najmniej jednym właściwym dla danego objawu wyniku dla oceny układu czynnościowego (piramidowego, móżdżkowego, pnia mózgu, czuciowego, pokarmowego lub moczowego, pojedynczego oka), iii. wzrost o ≥1,0 pkt. w więcej niż 1 punktowym wyniku układu funkcjonalnego dla danego objawu, z wartością wyjściową wynoszącą co najmniej 1,0, iv. wzrost o ≥1,0 pkt. w wyniku punktacji układu funkcjonalnego specyficznego dla objawów pojedynczego oka z wynikiem początkowym wynoszącym co najmniej 1,0. Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt. Objawy muszą utrzymywać się przez >24 godziny i nie można ich przypisać wystąpieniu innych czynników klinicznych (np. gorączka, infekcja, uraz, zmiana nastroju, ADR). b) oczekiwane korzyści zdrowotne: – czas do ciężkiego rzutu: 86% pacjentów stosujących monoterapię w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu lub 90% pacjentów stosujących terapię skojarzoną w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu;

6) brak współpracy ze strony pacjenta przy realizacji programu.		2) ocena bezpieczeństwa: a) monitorowanie zakażenia dróg moczowych i górnych dróg oddechowych; 3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 4) uzupełnienie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) data rozpoczęcia leczenia, b) daty wystąpienia kolejnych rzutów choroby, c) ocena w skali EDSS w momencie rozpoczęcia leczenia i co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu d) jakość życia – na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36), e) data zgonu, f) data zakończenia leczenia; 5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.139.

LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI UKŁADU POKARMOWEGO Z ZASTOSOWANIEM RADIOFARMACEUTYKÓW (ICD-10: C25.4, C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI TRZUSTKI (ICD-10 C 25.4)		
1. Kryteria kwalifikacji do terapii 177Lu-DOTATATE 1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67≤20%); 2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami; 3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [^{68}Ga]Ga-DOTATATE) lub - w razie braku dostępu - scyntygrafii (SPECT/CT z [^{99m}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); 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); 5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern	**1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE** Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda. Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę. 177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylnej. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 177Lu-DOTATATE** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny, b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy; 5) INR (international normalized ratio); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) – metodą PET/CT z [^{68}Ga]Ga-DOTATATE lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-HYNIC-TOC w zależności dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [^{18}F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w

Cooperative Oncology Group) lub WHO; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego; 8) wiek ≥ 18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie 177Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włącznie do programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje. Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów: 1) trwałe (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane: a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events), b) jakiekolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii, c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%, d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako:		zależności od wskazań klinicznych; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane przed każdą infuzją: a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny, b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny, c) morfologia krwi z rozmazem, d) INR. Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu 177Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji 177Lu-DOTATATE. 2) scyntygrafia poterapeutyczna. **3. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiekolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE. **3. Kryteria wyłączenia** 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA); 3) ciąża i karmienie piersią; 4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu; 5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przeztętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.
LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI PRZEWODU POKARMOWEGO WYWODZĄCEGO SIĘ ZE ŚRODKOWEGO ODCINKA PRAJELITA (MIDGUT) (ICD-10 C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)		
1. Kryteria kwalifikacji to terapii 177Lu-DOTATATE 1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego przewodu pokarmowego wywodzącego się ze środkowego odcinka prajelita (MIDGUT), tj. obejmującego dolną część dwunastnicy, jelito czcze, jelito kręte, jelito ślepe wraz z wyrostkiem robaczkowym, okrężnicę wstępującą oraz początkowe 2/3 okrężnicy poprzecznej (stopień G1 lub G2, indeks	**1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE** Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda. Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny, b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);

proliferacyjny Ki-67≤20%); 2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami; 3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [^{68}Ga]Ga-DOTATATE) lub scyntygrafii – w razie braku dostępu - (SPECT/CT z [^{99m}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); 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; 5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego; 8) wiek ≥ 18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie 177Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia	177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylnej. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy; 5) INR (international normalized ratio); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) - metodą PET/CT z [^{68}Ga]Ga-DOTATATE lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-HYNIC-TOC lub w zależności od dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [^{18}F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane przed każdą infuzją: a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny, b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny, c) morfologia krwi z rozmazem, d) INR. Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu 177Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji 177Lu-DOTATATE.

leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włącznie do programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje. Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów: Kryteria przerwania terapii: 1) trwałe (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane; a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events, b) jakiekolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii, c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%, d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiekolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE. **3. Kryteria wyłączenia** 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali		2) scyntygrafia poterapeutyczna. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

NYHA); 3) ciąża i karmienie piersią; 4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu; 5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przeztętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		

Załącznik B.140.

LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO (ICD-10: E72.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) zaburzenie cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem enzymatycznym, biochemicznym lub genetycznym, obejmujące niedobór: a) syntetazy karbamoilofosforanowej I, lub b) karbamoilotransferazy ornitynowej, lub c) syntetazy argininobursztynianowej, lub d) liazy argininobursztynianowej, lub e) arginazy I, lub	**1. Dawkowanie** Fenylomaślan glicerolu należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) stężenie amoniaku we krwi; 2) profil aminokwasów w osoczu; 3) wydalanie kwasu orotowego w moczu (metodą ilościową); 4) przy podejrzeniu zespołu HHH - profil aminokwasów w moczu; 5) przy podejrzeniu deficytu liazy argininobursztynianu – poziom argininobursztynianu we krwi lub moczu; 6) analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię; 7) konsultacja psychologa (ocena rozwoju psychoruchowego / intelektualnego); 8) konsultacja neurologa; 9) konsultacja dietetyka (z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie); 10) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii.

f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH tj. hiperamonemia-hiperornitynemia-homocytrulinuria); 2) brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** 1) nadwrażliwość na substancję czynną; 2) leczenie ostrej hiperamonemii. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **4. Kryteria wyłączenia z dalszego udziału w programie** Spełnienie któregokolwiek z poniższych warunków: 1) przeszczepienie wątroby; 2) nadwrażliwość na fenylooctan lub fenylomaślan; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii.		**2. Monitorowanie leczenia** Okresowe monitorowanie (w zależności od potrzeb klinicznych, wieku i stabilności pacjenta; nie rzadziej niż raz na pół roku): 1) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii; 2) stężenie amoniaku we krwi; 3) stężenie aminokwasów w osoczu; 4) konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/ intelektualnym); 5) konsultacja neurologa; 6) konsultacja dietetyka. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.141.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM UROTELIALNYM (ICD-10: C61, C65, C66, C67, C68)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie lekowym finansuje się leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym substancjami: 1) *awelumab*; 2) *niwolumab*; 3) *enfortumab wedotyny*; ***Awelumab*** stosowany jest w pierwszej linii jako leczenie podtrzymujące pierwszego rzutu raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których nie doszło do progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny. ***Niwolumab*** stosowany jest w leczeniu uzupełniającym raka urotelialnego naciekającego błonę mięśniową u dorosłych z ekspresją PD-L1 na komórkach guza ≥ 1% i z wysokim ryzykiem nawrotu po radykalnej cystektomii z cechą R0. ***Enfortumab wedotyny*** stosowany jest w monoterapii, w drugiej lub trzeciej linii leczenia, raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania - poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej terapii opartej o chemioterapię pochodnymi platyny i inhibitor receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitor ligandu	**1. Dawkowanie** 1) Dawka *awelumabu*: 800 mg co 2 tygodnie; 2) Dawka *niwolumabu*: 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie; 3) Dawka *enfortumabu wedotyny*: 1,25 mg/kg mc. (maksymalnie do 125 mg u pacjentów o masie ciała ≥100 kg). Lek należy podawać we wlewie dożylnym w 1., 8. i 15. dniu 28-dniowego cyklu. Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia raka urotelialnego; 2) ocena, za pomocą zwalidowanego testu, poziomu ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej – dotyczy terapii *niwolumabem*; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) i tetrajodotyroniny (fT4) – dotyczy terapii awelumabem i niwolumabem; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy – dotyczy terapii *awelumabem*; 10) oznaczenie stężenia glukozy; 11) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg); 12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;

programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy). **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie urotelialnego raka pęcherza moczowego lub miedniczki nerkowej lub cewki moczowej lub moczowodu lub gruczołu krokowego; 2) obecność zmian mierzalnych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 przed otrzymaniem chemioterapii paliatywnej; 3) stan sprawności 0-1 według kryteriów ECOG; 4) wiek 18 lat i powyżej; 5) nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych wynikających z przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym, które wymagają potrzeby zwiększania dawki leków steroidowych w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy); 6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka urotelialnego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie		14) TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 15) TK miednicy w przypadku terapii *niwolumabem* i *enfortumabem wedotyny*; 16) RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 17) TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 18) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych; 19) elektrokardiogram (EKG); 20) pomiar ciśnienia tętniczego. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1. **2. Monitorowanie leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie stężenia glukozy; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 7) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. Badania wykonuje się:

badań laboratoryjnych krwi pozwalająca na zastosowanie leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) brak przeciwwskazań do stosowania poszczególnych substancji określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 11) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii** **1.2.1. Awelumabem** 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia; 2) nieobecność progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny (po zastosowaniu 4-6 cykli *cisplatyny* z *gemcytabiną* lub *karboplatyny* z *gemcytabiną*); 3) zachowanie okresu bez leczenia wynoszącego od 4 do 10 tygodni od ostatniego podania chemioterapii paliatywnej; 4) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby; 5) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii; 6) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena; 7) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków		1) co 2 tygodnie w przypadku morfologii krwi z rozmazem (po okresie 3 miesięcy leczenia co 8 tygodni); 2) co 8 tygodni w przypadku pozostałych badań (lub częściej w zależności od wskazań klinicznych). **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia** 1) TK lub MR odpowiedniego obszaru; 2) RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie TK; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta; 2) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST 1.1. **3.1.** Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla *awelumabu* oraz *niwolumabu*: 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek przyczyny; 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny-

immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone). **1.2.2. Niwolumabem** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka urotelialnego (lub o mieszanej histopatologii z dominacją komponenty urotelialnej) naciekającego błonę mięśniową, bez obecności przerzutów odległych; 2) przeprowadzenie radykalnej cystekomii z cechą R0 w okresie do 120 dni przed włączeniem do leczenia; 3) niestosowanie adjuwantowej terapii systemowej lub radioterapii po radykalnej chirurgicznej resekcji raka urotelialnego; 4) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena; 5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie neoadjuwantowe z wykorzystaniem chemioterapii opartej na *cisplatynie*; 7) potwierdzenie badaniem histopatologicznym wysokiego ryzyka nawrotu nowotworu; a) stopień zaawansowania pT3-pT4a lub pN+ w przypadku pacjentów, u których nie zastosowano neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie, b) stopień zaawansowania ypT2-ypT4a lub ypN+ w przypadku pacjentów po zastosowaniu neoadjuwantowej chemioterapii		dotyczy terapii *awelumabem*; 3) przeżycie wolne od choroby (DFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszego nawrotu lub zgonu – dotyczy terapii *niwolumabem*; 4) jakość życia oceniana na podstawie kwestionariusza EQ-5D-3L; 5) zdarzenia niepożądane. **3.2.** Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla *enfortumabu wedotyny*: 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 12,9 miesiąca; 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 5,5 miesiąca; 3) wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR) tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych na oczekiwanym poziomie 40,6%; 4) mediana DoR - czas od pierwszej obiektywnej odpowiedzi (CR lub PR) do udokumentowanej progresji choroby (PD) lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej – oczekiwany wynik: 7,9 miesiąca; 5) wskaźnik kontroli choroby (DCR) zdefiniowany jako uzyskanie przez pacjenta kontroli choroby ocenianej po 8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia i rozumianej jako: — odpowiedź całkowita (CR) lub odpowiedź częściowa

opartej na platynie; 8) potwierdzenie poziomu ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych ≥ 1%. **1.2.3. Enfortumabem wedotyny** 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia; 2) progresja radiologiczna choroby u pacjentów, którzy otrzymali chemioterapię opartą o pochodną platyny oraz leczenie inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). W celu kontynuacji terapii, do programu lekowego mogą zostać włączeni pacjenci leczeni w ramach innego sposobu finansowania, poza badaniami klinicznymi, do momentu objęcia refundacją leku w programie lekowym, pod warunkiem, iż w momencie rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji uwzględnione w punkcie 1 oraz nie spełniali kryteriów uwzględnionych w punkcie 3. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane. W przypadku terapii *niwolumabem* leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy, możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych lub z innych powodów. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić 8 tygodni.		(PR) mierzonych według aktualnych kryteriów RECIST lub — stabilizacja choroby (SD) -oczekiwany wynik: 71,9%. Pierwszą ocenę odpowiedzi na leczenie *enfortumabem wedotyny* wykonuje się w 8 tygodniu leczenia (po dwóch pierwszych 28-dniowych cyklach leczenia). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, z możliwością potwierdzenia w kolejnej ocenie badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni – dotyczy terapii *awelumabem* lub *enfortumabem wedotyny;* 2) nawrót choroby- dotyczy terapii *niwolumabem*; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek, białko mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) okres ciąży lub karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.142.

LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZESPOŁAMI MIELODYSPLASTYCZNYMI Z TOWARZYSZĄCĄ NIEDOKRWISTOŚCIĄ ZALEŻNĄ OD TRANSFUZJI (ICD-10: D46.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci w wieku 18 lat i powyżej, z: 1) anemią zależną od przetoczeń (≥2 jednostki kkcz w okresie 8 tygodni w ciągu 16 tygodni przed kwalifikacją do programu); 2) w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku wg R-IPSS; 3) z syderoblastami pierścieniowatymi (MDS-RS definiowane jest przy ≥15% syderoblastów pierścieniowatych lub ≥5% syderoblastów pierścieniowatych w przypadku obecności mutacji *SF3B1*); 4) u których wystąpiła niedostateczna odpowiedź na leczenie lekami stymulującymi erytropoezę, lub którzy nie kwalifikują się do takiego leczenia - zgodnie z aktualnie obowiązującymi wytycznymi; 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 miesięcy po przyjęciu ostatniej dawki leku. Wszystkie powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. 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 pierścieniowatymi, leczeni luspaterceptem w ramach innego	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka początkowa luspaterceptu to 1,0 mg/kg m.c. raz na 3 tygodnie. W przypadku pacjentów, którzy nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek w dawce początkowej wynoszącej 1,0 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,33 mg/kg m.c. Jeśli pacjenci nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek wynoszących 1,33 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,75 mg/kg m.c. Zwiększanie dawki nie powinno następować częściej niż co 6 tygodni (2 podania) i nie powinno przekraczać maksymalnej dawki wynoszącej 1,75 mg/kg m.c. co 3 tygodnie. Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) oznaczenie mutacji *SF3B1* u chorych z obecnością syderoblastów pierścieniowatych ≥5% i ≤ 15%; 3) test ciążowy przed rozpoczęciem leczenia u kobiet mogących zajść w ciąże. Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. **2. Monitorowanie leczenia** 1) morfologia krwi obwodowej przed każdym podaniem luspaterceptu. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

sposobu finansowania terapii, jeśli w momencie włączenia luspaterceptu spełnione były ww. kryteria kwalifikacji. **2. Określenie czasu leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak odpowiedzi na leczenie ocenionej po 8 cyklach leczenia; odpowiedź na leczenie definiuje się jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: a) okres niezależności od przetoczeń kkcz ≥ 8 tyg., b) zmniejszenie o co najmniej 50% liczby jednostek przetoczonych przez okres min 8 tyg. względem analogicznego okresu przed włączenie pacjenta do programu, c) poprawa stężenia hemoglobiny o ≥ 1,5 g/dl wykazana w ≥2 kolejnych pomiarach i utrzymanej przez ≥8 tyg. w porównaniu do średniej z 2 pomiarów w okresie 16 tygodni poprzedzających włączenie pacjenta do programu; 2) brak zmniejszenia zależności od przetoczeń po 3 cyklach leczenia przy maksymalnym poziomie dawki luspaterceptu; 3) nadwrażliwość na luspatercept lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie zgodnie z ChPL; 5) progresja choroby podstawowej (MDS); 6) ciąża; 7) odmowa stosowania przez kobiety mogące zajść w ciążę skutecznej metody antykoncepcji.		2) uzupełnianie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.143.

LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ (ICD-10: E71.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) hiperamonemia rozpoznana przy stężeniu amoniaku: a) >90 μmol/l u dzieci, b) >50 μmol/l u dorosłych, w przebiegu acydurii propionowej, metylomalonowej oraz izowalerianowej zdiagnozowanej na podstawie analizy profilu kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS i profilu acylokarnityn we krwi metodą tandem MS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	**1. Dawkowanie** Początkowa dawka dobowa powinna wynosić 100 mg/kg, w razie potrzeby do 250 mg/kg. Następnie dawkę należy dostosować indywidualnie tak, aby utrzymać prawidłowe stężenie amoniaku w osoczu wg zasad opisanych w ChPL. Do tabletek należy dodać co najmniej 5-10 ml wody, do powstania zawiesiny i połknąć natychmiast lub podać szybko strzykawką przez zgłębnik nosowo-żołądkowy. Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii, informacji w zakresie leczenia pacjenta kwasem kargluminowym obecnie oraz w przeszłości) oraz opis badania przedmiotowego; 2) stężenie amoniaku w osoczu; 3) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu/surowicy; 4) morfologia z rozmazem; 5) gazometria krwi; 6) profil kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS; 7) profil acylokarnityn w suchej kropli krwi; 8) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/ wysokości ciała, BMI); 9) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej; 10) ciśnienie tętnicze krwi; 11) EKG;

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 2) wystąpienie nadwrażliwości na kwas kargluminowy lub którykolwiek z pozostałych składników leku; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		12) konsultacja neurologiczna; 13) konsultacja dietetyczna; 14) konsultacja psychologiczna. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Co najmniej raz na 180 dni ocena stanu pacjenta oraz skuteczności terapii** 1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego**;** 2) stężenie amoniaku w osoczu; 3) gazometria krwi; 4) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu /surowicy; 5) morfologia z rozmazem; 6) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/ wysokości ciała, BMI); 7) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej; 8) EKG; 9) konsultacja neurologiczna; 10) konsultacja dietetyczna; 11) konsultacja psychologiczna w zależności od potrzeb; 12) badanie EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach). Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

		Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.1; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.144.

LECZENIE PACJENTÓW Z GUZAMI LITYMI Z FUZJĄ GENU RECEPTOROWEJ KINAZY TYROZYNOWEJ DLA NEUROTROFIN (NTRK)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie substancjami: 1) *entrektynib*, 2) *larotrektynib*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne nowotworu litego; 2) obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, *next-generation sequencing*) wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 3) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym lub nowotwór, w przypadku którego resekcja	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. **1.1. Entrektynib** Zalecana dawka *entrektynibu* u dorosłych to 600 mg raz na dobę. Zalecana dawka *entrektynibu* u dzieci i młodzieży to 300 mg/m^2 raz na dobę, maksymalnie 400 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała do 1,50 m^2 lub 600 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała od 1,51 m^2 na dobę. **1.2. Larotrektynib**	**1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie obecności nowotworu litego; 2) potwierdzenie obecności fuzji genu NTRK w materiale tkankowym uzyskanym z nowotworu na podstawie wyniku zwalidowanego testu z zastosowaniem molekularnych metod diagnostycznych; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 9) elektrokardiografia (EKG); 10) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; 11) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. **2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem;

chirurgiczna prawdopodobnie doprowadzi do poważnych i niekorzystnych następstw zdrowotnych; 4) brak wcześniejszego leczenia inhibitorem NTRK; 5) wiek od 12 roku życia - w przypadku *entrektynibu*; 6) wyczerpanie możliwości terapeutyczne lub brak innych terapii, dla których potwierdzono korzyści kliniczne w danym wskazaniu, ustalone na podstawie dokumentacji medycznej przez Zespół Koordynacyjny; 7) obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (lub RANO w przypadku nowotworów OUN) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 8) stan sprawności: a) dorośli oraz dzieci w wieku co najmniej 16 lat 0-1 według w skali ECOG lub równoważny wynik w skali Karnofsky'ego, b) dzieci poniżej 16 r.ż. co najmniej 50 w skali Lansky'ego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji ChPL; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji ChPL; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w	Zalecana dawka *larotrektynibu* u dorosłych to 100 mg dwa razy na dobę. Zalecana dawka *larotrektynibu* u dzieci i młodzieży to 100 mg/m^2 dwa razy na dobę, maksymalnie 100 mg na dawkę.	2) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) EKG. Wymienione badania powinny być wykonywane co 4 tygodnie za wyjątkiem badania EKG – wg wskazań klinicznych. **3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia** 1) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; 2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów OUN) w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania obrazowe wykonywane są co 4 tygodnie lub, w uzasadnionych przypadkach klinicznych, w terminie zgodnym z decyzją lekarza prowadzącego (powód uzasadnionej zmiany terminu badania powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta). W grupie pacjentów uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, częstotliwość wykonywania badań obrazowych może zostać ustalona indywidualnie przez Zespół Koordynacyjny. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) stwierdzenie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym (jeśli z uwagi na charakter choroby taka ocena jest możliwa i miarodajna) lub obrazowym na podstawie kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów w OUN); 2) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE lub wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE) zgodnie z zapisami ChPL; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie nadwrażliwości na *entrektynib/larotrektynib* lub na substancję pomocniczą; 5) obniżenie sprawności:		– całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

a) o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów skali ECOG, b) wynik w skali Karnofsky'ego lub w skali Lansky'ego poniżej 50; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia *entrektynibem /larotrektynibem* ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.145.

LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWĄ AMYLOIDOZĘ ŁAŃCUCHÓW LEKKICH (AL) (ICD-10: E85.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) udostępnia się terapię: 1) w I linii leczenia: ***daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem***, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) uprzednio nieleczona układowa amyloidoza łańcuchów lekkich (AL); 4) eGFR ≥ 20 ml/min/1,73m^2 pc.; 5) stężenie NT-proBNP ≤ 8 500 ng/l; 6) skurczowe ciśnienie krwi ≥ 90mmHg; 7) brak niewydolności serca w stopniu IIIB i IV wg klasyfikacji NYHA; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego; 9) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	**1. Dawkowanie leków** **1.1.** ***daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem*** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: 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. Bortezomib: zalecana dawka 1,3 mg/m^2 pc. podawana podskórnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. Cyklofosfamid: zalecana dawka 300 mg/m^2 pc. podawana doustnie lub dożylnie (dawka maksymalna 500 mg) w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. Deksametazon: zalecana dawka 40 mg (lub w zmniejszonej dawce 20 mg u pacjentów: w wieku > 70 lat lub ze wskaźnikiem masy ciała [BMI] <18,5 lub u pacjentów z hiperwolemią, źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją steroidów),	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania potwierdzające diagnozę układowej amyloidozy AL: a) wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwienią Kongo, b) bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin, c) wykazanie monoklonalnego rozrostu plazmocytów 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 plazmocytów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne); 2) ocena zajęcia narządowego – serce: a) oznaczenie stężenia NT-proBNP, b) oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I, c) pomiar wartości ciśnienia tętniczego, d) badanie echokardiograficzne serca, e) elektrokardiografia (EKG), f) rezonans magnetyczny serca (jeśli jest wskazany); 3) ocena zajęcia narządowego – wątroba:

10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 12) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi 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, jednak z zastrzeżeniem, iż: 1) maksymalny czas terapii *daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem* w I linii leczenia wynosi 24 cykle (96 tygodni), w tym daratumumab z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem podawany jest przez 6 pierwszych cykli, natomiast przez kolejne 18 cykli daratumumab jest podawany w monoterapii.	podawana doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.	a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, e) ultrasonografia (USG) wątroby; 4) ocena zajęcia narządowego – nerki: a) pomiar ilości białka w dobowej zbiórce moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie klirensu kreatyniny; 5) ocena zajęcia narządowego – inne narządy (jeśli klinicznie uzasadnione); 6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 7) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC); 8) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie klirensu kreatyniny;

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 3 cyklach leczenia) definiowana jako: a) wystąpienie progresji hematologicznej (na podstawie stężenia białka M i sFLC), lub b) wystąpienie progresji narządowej (serca, nerek lub wątroby); 2) brak co najmniej bardzo dobrej odpowiedzi częściowej (VGPR) po 6 cyklach leczenia; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		7) oznaczenie stężenia NT-proBNP; 8) pomiar ilości białka w dobowej zbiórce moczu. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać po 3 i 6 cyklu leczenia, a następnie przy podejrzeniu utraty odpowiedzi lub progresji, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami: 1) oznaczenie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu; 2) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC); 3) w przypadku zajęcia serca: oznaczenie stężenia NT-proBNP; 4) w przypadku zajęcia wątroby: a) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej, b) ultrasonografia (USG) wątroby; 5) w przypadku zajęcia nerek: a) pomiar ilości białka w dobowej zbiórce moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie klirensu kreatyniny; 6) dodatkowo inne badania w przypadku zajęcia narządu innego niż serce, wątroba lub nerki (jeśli klinicznie uzasadnione); Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

		Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) odpowiedź hematologiczna: – całkowita odpowiedź (CR), – bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR), – częściowa odpowiedź (PR), – brak odpowiedzi (NR), – progresja choroby (PD), b) odpowiedź narządowa (sercowa, nerkowa, wątrobowa – jeśli dotyczy), c) przeżycie bez progresji choroby (PFS), d) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.146.

LECZENIE CHORYCH NA MAKROGLOBULINEMIĘ WALDENSTRÖMA (ICD-10: C88.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego chorym na makroglobulinemię Waldenströma udostępnia się terapię zanubrutynibem w monoterapii:
1) w I linii leczenia u chorych niekwalifikujących się do immunochemioterapii,
albo
2) w II i kolejnych liniach leczenia,
<u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u>

1. Kryteria kwalifikacji
1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) potwierdzone rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma u pacjenta:
a) uprzednio nieleczonego i niekwalifikującego się do immunochemioterapii,
albo
b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej linii leczenia;
4) obecność wskazań do leczenia według aktualnych zaleceń International Workshop on Waldenström’s Macroglobulinemia (IWWM);</td>
<td>1. Dawkowanie leku
1.1. zanubrutynib w monoterapii
Zalecana dawka zanubrutynibu wynosi 320 mg na dobę.
Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę, albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę.

2. Modyfikacja dawkowania leku
Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram i immunofiksacja);
2) badanie potwierdzające rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma – trepanobiopsja szpiku wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym klonalny naciek chłoniaka limfoplazmocytowego – w przypadku stosowania zanubrutynibu w I linii leczenia – o ile nie było wykonane wcześniej;
3) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych);
4) ocena wydolności nerek:
a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;
c) oznaczenie wskaźnika eGFR;
5) ocena wydolności wątroby:
a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),
c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</td>
</tr>
</table>

5) liczba neutrofili $\geq 0{,}75 \times 10^9/l$ i liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (niezależnie od stosowania G-CSF i transfuzji płytek krwi); 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 10) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		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:

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) transformacja makroglobulinemii Waldenströma w agresywnego chłoniaka; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		1) raz na 3 miesiące – oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram, a w razie potrzeby immunofiksacja); 2) raz na 6 miesięcy – badania oceniające zaawansowanie choroby (USG lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) – konieczność wykonywania badań obrazowych oraz rodzaj badania do decyzji lekarza. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR), c) częściowa odpowiedź (PR),

		d) mniejsza odpowiedź (MR), e) choroba stabilna (SD), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.147.

LECZENIE CHORYCH NA DEPRESJĘ LEKOOPORNĄ (ICD-10: F33.1, F33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu Do leczenia *esketaminą* w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria: 1) wiek od ukończenia 18 roku życia do 75 roku życia; 2) potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej wg obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F33.1 i F33.2; 3) aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim wg skali MADRS; 4) przeciwwskazania lub oporność lub brak zgody pacjenta na terapię elektrowstrząsami; 5) potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne (stosowane w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych) w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego; 6) nie więcej niż 5 różnych leków przeciwdepresyjnych w bieżącym epizodzie depresji; 7) co najmniej drugi epizod depresji;	**1. Dawkowanie** **1.1. Pacjenci poniżej 65 r.ż.** **Faza indukcji:** – **tygodnie 1-4:** pierwsze podanie 56 mg, kolejne podania 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu. Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia. **Faza podtrzymująca:** – **tygodnie 5-8:** 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu, – **od 9 tygodnia:** 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu. Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać. **1.2. Pacjenci od 65 roku życia** **Faza indukcji:**	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) ocena nasilenia depresji wg skali MADRS; 2) badanie psychiatryczne mające na celu udokumentowanie wykluczenia: a) zaburzeń osobowości, b) choroby afektywnej dwubiegunowej, c) uzależniania od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków; 3) aktywność aminotransferaz (ASPAT, AlAT); 4) badanie poziomu TSH; 5) pomiar ciśnienia krwi; 6) test ciążowy w celu wykluczenia ciąży – w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) pomiar ciśnienia krwi (przed podaniem leczenia oraz około 40 minut po podaniu dawki, a następnie, zgodnie z potrzebą kliniczną); 2) ocena pod kątem rozwoju zachowań lub stanów nadużywania lub niewłaściwego stosowania leku.

8) obecny epizod trwający co najmniej 6 miesięcy wg daty pierwszej wizyty lekarskiej związanej z leczeniem tego epizodu;

9) wykluczenie rozpoznanie zaburzeń osobowości typu *borderline* lub choroby afektywnej dwubiegunowej;

10) brak historii uzależnień w wywiadzie (uzależnienie od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków);

11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;

12) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;

13) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni esketaminą w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu - przy czym maksymalny czas leczenia w programie wynosi 8 miesięcy (łącznie faza indukcji i faza podtrzymania).

Pod koniec fazy indukcji (po 4 tygodniach leczenia) należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.

– **tygodnie 1-4:** pierwsze podanie 28 mg, kolejne podania 28 mg, 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu.

Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.

Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.

Faza podtrzymująca:

– **tygodnie 5-8:** 28 mg, 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu,
– **od 9 tygodnia:** 28 mg, 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu.

Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.

Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.

1.3. W fazie podtrzymującej zaleca się utrzymanie dawki, którą pacjent otrzymuje na końcu fazy indukcji. Podczas fazy podtrzymującej, w celu utrzymania remisji/odpowiedzi należy indywidualnie dostosować dawkowanie produktu leczniczego do najniższej częstości podawania.

2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia

1) ocena nasilenia objawów według skali MADRS:
   a) w fazie indukcji:
      – jeden raz w tygodniu,
      – po koniec fazy indukcji w celu oceny **skuteczności terapii** warunkującej kontynuację leczenia - zgodnie z pkt 1 kryteriów wyłączenia,
   b) w fazie podtrzymującej:
      – przy każdym podaniu leku w celu oceny ewentualnej **utraty skuteczności terapii** (nawrót choroby) – zgodnie z pkt 2 kryteriów wyłączenia lub **uzyskania remisji** (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS < 10) lub **trwałej remisji** (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS < 10 uzyskany w każdym kolejnym badaniu).

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia (wynik w skali MADRS, redukcja wyniku w skali MADRS pod koniec fazy indukcji, utrata skuteczności terapii, remisja) z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej,

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak potwierdzonej **skuteczności leczenia** pod koniec fazy indukcji (redukcja wyniku w skali MADRS o mniej niż 50% w porównaniu do wyniku z badania kwalifikującego do programu); 2) **utrata skuteczności terapii** w trakcie leczenia podtrzymującego (wynik w skali MADRS > 22 w trakcie dwóch kolejnych badań); 3) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie działań niepożądanych związanych ze stosowaniem leku uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 5) hospitalizacja z powodu nasilenia się depresji lub innego klinicznie istotnego zdarzenia określonego na podstawie oceny klinicznej jako wskazującego na nawrót choroby depresyjnej takiej jak - próby samobójcze lub hospitalizacja w celu zapobiegania samobójstwom; 6) zmiana towarzyszącego leczenia przeciwdepresyjnego (z przyczyn innych niż nietolerancja doustnego leku przeciwdepresyjnego).		zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.148.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA ENDOMETRIUM (ICD-10: C54)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie pacjentek z nawrotowym lub zaawansowanym rakiem endometrium substancjami: 1) dostarlimab, 2) pembrolizumab. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia z użyciem immunoterapii. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzenie nawrotowego lub zaawansowanego (stadium ≥IIIB) raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego; 2) niekwalifikowanie się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radioterapii; 3) wystąpienie progresji zaawansowanego lub nawrotowego raka endometrium w trakcie lub po zakończeniu wcześniejszego schematu chemioterapii zawierającego platynę; 4) 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;	**1. Dawkowanie** **1.1. Dostarlimab** Zalecana dawka w monoterapii wynosi 500 mg dostarlimabu co 3 tygodnie w pierwszych 4 cyklach, a następnie 1000 mg co 6 tygodni we wszystkich kolejnych cyklach (3 tygodnie pomiędzy cyklem 4, a cyklem 5). **1.2. Pembrolizumab** Zalecana dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to zarówno 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut. Nie dopuszcza się możliwości zamiany leków (z dostarlimabu na pembrolizumab albo z pembrolizumabu na dostarlimab). **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT); 7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 10) badanie TK lub MR jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

5) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 6) wcześniejsze leczenie terapiami hormonalnymi jest dopuszczalne i nie wlicza się do liczby zastosowanych terapii; 7) wiek 18 lat i powyżej; 8) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 9) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 12) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 14) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 15) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań	zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT); 7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 9) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Dostarlimab – badania laboratoryjne krwi wykonuje się co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące. Pembrolizumab – badania laboratoryjne krwi wykonuje się co 3 lub co 6 tygodni (tzn. przed każdym podaniem, w zależności od wybranego schematu podawania) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące. **2.2. Monitorowanie skuteczności** 1) badanie TK lub MR jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała powinny być wykonywane co 3 miesiące przez 12 miesięcy i następnie co 6 miesięcy; 2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na dostarlimab albo pembrolizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, potwierdzonej na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich 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 odpowiedz (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 CHOROBĄ PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI (ICD-10: T86.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego pacjentom z: 1) ostrą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD), albo 2) przewlekłą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD), udostępnia się terapię ruksolitynibem zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególnej terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) pacjent z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 2) wiek 12 lat i powyżej; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	**1. Dawkowanie leku** **1.1. ruksolitynib** Zalecana dawka początkowa ruksolitynibu w leczeniu ostrej i przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg). **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)** 1) badania wykonywane nie rzadziej niż co 14 dni: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi 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 ≥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, Parvowirus 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 ≥1,0 mg/kg mc, a w przypadku cGvHD umiarkowanej – w dawce ≥0,5-1,0 mg/kg mc. lub odpowiednika przez 2 tygodnie, b) stabilizacja objawów w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce ≥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 jakiejkolwiek odpowiedzi na leczenie po maksymalnie: a) 8 tygodniach w przypadku aGvHD, b) 24 tygodniach w przypadku cGvHD; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.150.

LECZENIE CHORYCH Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM (TRU, SLE) (ICD-10: M32)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *anifrolumabem*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku ≥ 18 lat: a) z rozpoznaniem TRU na podstawie obowiązujących kryteriów klasyfikacyjnych EULAR/ACR, oraz b) z aktywną chorobą definiowaną jako: i. wartość SLEDAI-2K ≥ 6, w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K ≥ 4, lub	**1. Dawkowanie** Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka anifrolumabu to podanie 300 mg co 4 tygodnie w infuzji dożylnej trwającej 30 minut.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) odczyn Biernackiego (OB); 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów; 4) płytki krwi (PLT); 5) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy; 6) aminotransferaza asparaginianowa (ALT); 7) aminotransferaza alaninowa (AST); 8) kinaza kreatynowa (CK); 9) badanie ogólne moczu; 10) białko w dobowej zbiórce moczu w przypadku dodatniego wyniku badania ogólnego moczu; 11) miano p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF; 12) profil ANA (w przypadku dodatniego miana ANA); 13) dsDNA; 14) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4; 15) stężenie IgG, IgM, IgA (do decyzji lekarza); 16) test Quantiferon;

ii. ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 ≥ 1 A lub ≥ 2 B, oraz iii. wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali 0-3 (PGA) > 1, pomimo stosowania GKS w przeliczeniu na prednizon w dawce > 7,5 mg/dobę oraz co najmniej dwóch leków spośród rekomendowanych dla danej postaci klinicznej TRU, jak metotreksat lub mykofenolan mofetylu lub cyklofosfamid lub azatiopryna lub leki antymalaryczne lub inhibitory kalcyneuryny lub immunoglobuliny lub rytuksymab zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, jeśli zastosowanie danego leku nie jest przeciwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania; 2) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR /PTR;		17) obecność antygenu HBs; 18) przeciwciała anty-HBc; 19) przeciwciała anty-HCV; 20) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 21) EKG; 22) RTG lub TK klatki piersiowej (maksymalnie do 6 m-cy przed kwalifikacją); 23) stężenie prokalcytoniny (do decyzji lekarza); 24) test ciążowy (do decyzji lekarza); 25) USG stawów (do decyzji lekarza); 26) echo serca (do decyzji lekarza); 27) EMG (do decyzji lekarza). **2. Monitorowanie leczenia** 1) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania leku należy wykonać: a) stężenie CRP, b) morfologię krwi, c) płytki krwi (PLT), d) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy, e) AST i ALT, f) CK (do decyzji lekarza), g) badanie ogólne moczu, h) białko w dobowej zbiórce moczu (do decyzji lekarza), i) dsDNA, j) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4,

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 (±1 miesiąc) od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). Miernikiem adekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie wymienionych kryteriów odpowiedzi SRI-4 (a-c) lub BICLA (d-f) lub uzyskanie niskiej aktywności LLDAS (g-i) lub zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby (j): a) zmniejszenie wartości SLEDAI-2K o ≥ 4, b) brak pogorszenia w innych układach narządów, c) brak pogorszenia PGA ≥ 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 ≥ 0,3 w skali 0-3, lub		oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 6 -12 miesiącach (±1 miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **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.

g) wartość SLEDAI-2K ≤ 4 lub wartość klinicznego SLEDAI-2K ≤ 2, h) wartość PGA ≤ 1, i) aktualnie przyjmowana dawka GKS w przeliczeniu na prednizon ≤ 7,5 mg/dobę, lub j) zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby definiowane jako co najmniej jedna nowa ocena A lub co najmniej dwie nowe oceny B w skali BILAG-2004 w odniesieniu do okresu 12 miesięcy poprzedzających leczenie w programie; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót		

aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji; 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby; 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.151.

LECZENIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH) (ICD-10: E.83.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie hipofosfatemii sprzężonej z chromosomem X (XLH) potwierdzone obecnością mutacji w genie PHEX u chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X; 2) dzieci w wieku ≥1 r.ż. oraz młodzież, u której nie nastąpiło zamknięcie płytki wzrostowej (chrząstki nasadowej); 3) radiologicznie potwierdzona choroba kości (RSS ≥2); 4) stężenie fosforanów w surowicy na czczo poniżej zakresu prawidłowego, odpowiedniego dla wieku (dotyczy pacjentów nieleczonych *burosumabem*); 5) przerwanie stosowania doustnych fosforanów i aktywnych analogów witaminy D na 1 tydzień przed rozpoczęciem leczenia *burosumabem*;	**1. Dawkowanie leków w programie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Zalecana początkowa dawka *burosumabu* wynosi **0,8mg/kg** masy ciała (dawkę należy zaokrąglać do najbliższej wielokrotności 10 mg) podawana co 2 tygodnie. Dawka maksymalna wynosi **90 mg.** Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) dostępny w dokumentacji medycznej wynik potwierdzający obecność mutacji w genie PHEX chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X; 2) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy; 3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia fosfatazy alkalicznej w surowicy; 6) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 7) oznaczenie stężenia fosforanów w moczu; 8) oznaczenie stężenia wapnia w moczu; 9) oznaczenie stężenia kreatyniny w moczu 10) oznaczenie wartości wskaźnika TmP/GFR; 11) oznaczenie wartości wskaźnika Ca/kreatynina; 12) badanie RTG kośćca; 13) badanie USG nerek; 14) ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS. **2. Monitorowanie leczenia**

6) wykluczenie ciężkiego zaburzenia czynności nerek lub schyłkowej niewydolności nerek; 7) brak przeciwskazań do terapii określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL); 8) poziom wapnia w surowicy zgodnie z normami skorygowanymi względem wieku; 9) wykluczenie nadczynności przytarczyc. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ukończenie przez chorego 18 r.ż.; 2) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności		1) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy; 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 4) oznaczenie stężenia fosfatazy alkalicznej w surowicy; 5) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 6) oznaczenie stężenia fosforanów w moczu; 7) oznaczenie stężenia wapnia w moczu; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w moczu; 9) oznaczenie wartości wskaźnika TmP/GFR; 10) oznaczenie wartości wskaźnika Ca/kreatynina; 11) badanie RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków w celu oceny ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS; 12) badanie USG nerek. Badania wykonuje się: 1) co 2 tygodnie w przypadku fosforanów w ciągu pierwszego miesiąca (po okresie miesiąca leczenia co 4 tygodnie przez kolejne 2 miesiące, a następnie wg potrzeb); 2) co 6 miesięcy w przypadku pozostałych badań (z wyłączeniem badania RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków, USG nerek); 3) co 3 miesiące w przypadku fosfatazy alkalicznej w surowicy; 4) w przypadku wskazań klinicznych wg potrzeb. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. Dane gromadzone są w systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który

leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie jednego z następujących kryteriów ocenianych co 6 miesięcy leczenia: a) brak normalizacji stężenia fosforanów w dwóch kolejnych oznaczeniach lub podwyższenie stężenia fosforanów <30% w stosunku do wartości początkowych (w warunkach, w których osiągnięto maksymalną zalecaną dawkę) oraz brak normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach lub podwyższenie stężenia TmP/GFR o <30% w stosunku do wartości początkowych, b) brak dynamiki (trendu) normalizacji poziomu fosfatazy alkalicznej (ALP) przy dwóch kolejnych oznaczeniach lub dwukrotne podwyższenie granicy normy poziomu ALP w stosunku do wartości początkowych (z wyłączeniem sytuacji, które fizjologicznie lub patologicznie podwyższają poziom ALP); 3) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie jednego z następujących kryteriów ocenianych w 12-tym miesiącu leczenia: a) brak poprawy całkowitego wyniku RSS o ≥ 0,5 pkt. w 12 mies. względem wartości początkowych (momentu rozpoczęcia leczenia), b) brak utrzymania wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. leczenia; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy leczenia: 1) normalizacja stężenia fosforanów przy dwóch kolejnych oznaczeniach; 2) normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach; 3) dynamika (trend) normalizacji poziomu fosfatazy alkalicznej (ALP) przy dwóch kolejnych oznaczeniach; 4) poprawa całkowitego wyniku RSS względem wartości początkowych; 5) utrzymanie wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 8) okres ciąży lub karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.152.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z POSTĘPUJĄCĄ RODZINNĄ CHOLESTAZĄ WEWNĄTRZWĄTROBOWĄ (PFIC) (ICD-10: K76.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) *odewiksybat*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji:** 1) kliniczne rozpoznanie PFIC typu 1 lub PFIC typu 2; 2) wiek 6 m.ż. i powyżej; 3) potwierdzenie genetyczne PFIC-1 (w genie *ATP8B1*) lub PFIC-2 (w genie *ABCB11*); 4) masa ciała powyżej 5 kg; 5) podwyższone stężenie kwasów żółciowych w surowicy (s-BA) (≥100 μmol/l); 6) w wywiadzie uporczywy świąd tj. wynik w skali ObsRO ≥ 2 w ciągu 2 tygodni przed włączeniem do programu; 7) nieskuteczność kwasu ursodeoksycholowego oraz brak odpowiedzi na jeden z leków stosowanych w leczeniu świądu u pacjentów z chorobami cholestatycznymi (żywice jonowymienne, fibraty, ryfampicyna, naltrekson);	**1. Dawkowanie** Dawkowanie *odewiksybatu* w programie i modyfikacja leczenia – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu PFIC.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) ocena parametrów czynności wątroby: a) stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids), b) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT), c) aminotransferaza alaninowa (AlAT), d) gamma-glutamylotransferaza (GGTP), e) fosfataza alkaliczna (ALP), f) alfa-fetoproteina (AFP) g) bilirubina całkowita; 2) ocena stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E; 3) ocena międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR); 4) badania obrazowe wątroby wg decyzji lekarza prowadzącego; 5) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4; 6) potwierdzenie w badaniach genetycznych PFIC-1 w genie *ATP8B* lub PFIC-2 w genie *ABCB11*.

8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy pacjentów w wieku prokreacyjnym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni *odewiksybatem* w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu** 1) patologiczne zmiany genu ABCB11, które przewidują całkowity brak funkcji BSEP; 2) obecność lub występujące w przeszłości inne rodzaje chorób wątroby, w tym między innymi: a) atrezja dróg żółciowych wszelkiego rodzaju, b) łagodna nawracająca cholestaza wewnątrzwątrobowa, na którą wskazuje jakikolwiek wywiad z prawidłowymi SBA, c) podejrzenie lub potwierdzony w badaniach obrazowych rak wątroby lub przerzuty do wątroby, d) histopatologia w biopsji wątroby, która sugeruje alternatywną etiologię cholestazy niezwiązaną z PFIC; 3) trwająca lub w historii choroby obecność jakiejkolwiek innej choroby lub stanu, który zakłóca wchłanianie, dystrybucję, metabolizm (w szczególności metabolizm kwasów żółciowych) lub wydalanie leków w jelicie, w tym między innymi nieswoiste zapalenie jelit;		**2. Monitorowanie leczenia i bezpieczeństwa** 1) zaburzenia czynności wątroby: a) okresowe badania czynności wątroby wykonywane co 3 miesiące u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby, w tym: – stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids), – aminotransferaza asparaginianowa (AspAT), – aminotransferaza alaninowa (AlAT), – gamma-glutamylotransferaza (GGTP), – fosfataza alkaliczna (ALP), – bilirubina całkowita, – inne badanie w razie wskazań klinicznych; 2) biegunka: a) regularne monitorowanie w celu odpowiedniego nawodnienia u pacjentów, u których występuje biegunka; 3) ciąża: a) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 4) ocena witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: a) kontrolowanie stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. **3. Ocena skuteczności leczenia** Skuteczność leczenia *odewiksybatem* oceniana jest na podstawie: 1) stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi – za skuteczne uznaje się leczenie jeśli nastąpi zmniejszenie stężenia kwasów żółciowych w surowicy o co najmniej 70% względem wartości początkowych lub osiągnięcie stężenie ≤70 µmol/l (28,6 µg/ml);

4) trwająca lub przebyta w historii choroby przewlekła (tj. >3 miesiące) biegunka wymagająca podania płynów dożylnych lub interwencji żywieniowej w celu leczenia biegunki lub jej następstw; 5) przebycie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD), który okazał się skuteczny. Ocenę skuteczności zabiegu chirurgicznego powinno się wykonać nie wcześniej niż 4-6 tygodni od zabiegu. W przypadku potwierdzenia nieskuteczności zabiegu chirurgicznego (bez określania kryterium czasu) – możliwe jest zastosowania leczenia *odewiksybatem* w zależności od indywidualnej oceny lekarza; 6) wcześniejszy przeszczep wątroby lub przeszczep wątroby zaplanowany w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia; 7) niewyrównana choroba wątroby, koagulopatia, wywiad lub obecność klinicznie istotnego wodobrzusza, krwotoku żylakowego lub encefalopatii; 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) >1,4; 9) stężenie AlAT w surowicy >10 × górna granica normy (GGN) w badaniu wstępnym; 10) stężenie AlAT w surowicy >15 × GGN w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 11) całkowita bilirubina >10 × GGN w badaniu wstępnym. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu Świadczeniobiorcy z programu.		2) oceny świądu wg skali specyficznej dla schorzenia wg obserwatora (ObsRO) – za skuteczne uznaje się leczenie wówczas gdy ocena świądu stanowi wynik ≤1 lub poprawa o co najmniej 1 punkt względem stanu wyjściowego (oceny świądu przeprowadzane są rano i wieczorem, stosując 5-punktową skalę Albireo ObsRO (0–4)); 3) oceny konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby - za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie jest konieczne wykonanie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby; 4) oceny progresji w zakresie zwłóknienia wątroby metodą elastografii lub APRI lub FIB-4 – za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie dochodzi do progresji zwłóknienia w ocenie lekarza prowadzącego mającego doświadczenie w leczeniu PFIC. Określenie stopnia zwłóknienia wątroby powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Powyższe badania laboratoryjne i obrazowe wykorzystywane do oceny skuteczności leczenia *odewiksybatem* wykonuje się w 3 oraz 6 miesiącu od rozpoczęcia terapii, a następnie co 3 miesiące. Odpowiedź kliniczna na leczenie *odewiksybatem*, definiowana jest jako spełnienie jednego z warunków określonych w punktach 1-2, przy jednoczesnym spełnieniu łącznie warunków określonych w punktach 3-4. **4. Monitorowanie programu**

Pacjenci, którzy nie wykazują korzyści klinicznych po 6 miesiącach ciągłego leczenia w programie, zgodnie z pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia, zostają z niego wyłączeni. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia; 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) stężenia kwasów żółciowych w surowicy, b) ocena świądu oraz jakości snu w skali ObsRO, c) zmiany stężenia wyszczególnionych w powyższych pkt. parametrów laboratoryjnych, d) konieczność/brak konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego, e) ocena stopnia zwłóknienia wątroby; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.153.

LECZENIE PACJENTÓW Z NAPADAMI PADACZKOWYMI W PRZEBIEGU ZESPOŁU STWARDNIENIA GUZOWATEGO (ICD-10: G40)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) *kannabidiol*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) rozpoznanie kliniczne zespołu stwardnienia guzowatego, w przypadku braku pełnej kontroli napadów padaczkowych z zastosowaniem aktualnie stosowanych leków przeciwpadaczkowych; 3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas); 4) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Maksymalna dawka kannabidiolu to 12,5 mg/ kg mc. podawana 2 x dobę (25 mg/kg mc./dobę).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu stwardnienia guzowatego wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dzienniczkiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów: a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu; b) liczba dni bez napadów; c) najdłuższy czas trwania napadu; d) semiologia napadu;

6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania *kannabidiolu* zgodnie z aktualną ChPL; 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia *kannabidiolem*, rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym; 2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdych kolejnych 3 miesiącach leczenia *kannabidiolem* rozumianej jako		e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków przerywających napad. **2.2.** Po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania *kannabidiolu* należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. **2.3.** Po 4 miesiącach od pierwszego podania *kannabidiolu* należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności. <u>Wskaźniki efektywności:</u> a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia *kannabidiolem*; b) liczba dni bez napadów; c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza; d) działania niepożądane. Jeżeli terapia jest kontynuowana: – powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy; – ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące.

nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym; 3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka; 4) dodanie nowego leku do schematu leczenia przeciwpadaczkowego w przypadku braku adekwatnej odpowiedzi zgodnie z punktem 3.1. lub 3.2. (nie dotyczy leków stosowanych krótkotrwale do przerywania napadu); 5) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 8) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 9) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		W przypadku zmiany dawki *kannabidiolu* powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. **2. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.3.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.154.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z ZESPOŁEM LENNOXA-GASTAUTA LUB Z ZESPOŁEM DRAVET (ICD-10: G40.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) *kannabidiol*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) rozpoznanie kliniczne zespołu Lennoxa-Gastauta lub zespołu Dravet, w którym napady padaczkowe nie są w pełni kontrolowane przez aktualnie stosowane leki przeciwpadaczkowe; 3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas); 4) obecna terapia przeciwpadaczkowa prowadzona z użyciem *klobazamu* lub równoczesne rozpoczęcie terapii *klobazamem* w momencie włączenia do programu; 5) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych w okresie co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Kannabidiol jest wskazany do stosowania w leczeniu napadów padaczkowych związanych z zespołem Lennoxa-Gastauta (LGS) lub z zespołem Dravet (DS) jako lek wspomagający w skojarzeniu z *klobazamem*. Maksymalna dawka kannabidiolu to 10 mg/kg mc. podawana 2 x dobę (20 mg/kg mc./dobę).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu Lennoxa-Gastauta lub zespołu Dravet wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dzienniczkiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów: a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu; b) liczba dni bez napadów; c) najdłuższy czas trwania napadu; d) semiologia napadu;

7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania *kannabidiolu* oraz *klobazamu* zgodnie z aktualną ChPL; 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia *kannabidiolem*, rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym; 2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdych kolejnych 3 miesiącach leczenia *kannabidiolem* rozumianej jako		e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków przerywających napad. **2.2.** Po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania *kannabidiolu* należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. **2.3.** Po 4 miesiącach od pierwszego podania *kannabidiolu* należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności. <u>Wskaźniki efektywności:</u> a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia *kannabidiolem*; b) liczba dni bez napadów; c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza; d) działania niepożądane. Jeżeli terapia jest kontynuowana: – powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy; – ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące.

nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym; 3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka; 4) dodanie nowego leku do schematu leczenia przeciwpadaczkowego w przypadku braku adekwatnej odpowiedzi zgodnie z punktem 3.1. lub 3.2. (nie dotyczy leków stosowanych krótkotrwale do przerywania napadu); 5) zakończenie stosowania *klobazamu*; 6) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 8) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 9) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 10) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 11) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		W przypadku zmiany dawki *kannabidiolu* powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. **2. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.3.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.155.

LECZENIE CHORYCH Z NERWIAKOWŁÓKNIAKAMI SPLOTOWATYMI W PRZEBIEGU NEUROFIBROMATOZY TYPU 1 (NF1) (ICD-10: Q85.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu prowadzona jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nerwiakowłókniaków Splotowatych u Chorych z Neurofibromatozą Typu 1 (NF1), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) *selumetynib*; zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek: ≥3 i ≤18 r.ż.; 2) powierzchnia ciała ≥0,55m²; 3) zdolność do połykania całych kapsułek bez niszczenia ich otoczki i wysypywania zawartości; 4) potwierdzone klinicznie lub molekularnie rozpoznanie NF-1 zgodnie z najnowszymi kryteriami konferencji konsensusu NIH-88; 5) objawowy tj. powodujący istotne objawy kliniczne wymagające interwencji medycznej lub zagrożenie dla zdrowia lub życia, nieoperacyjny nerwiakowłókniak splotowaty (PN) co najmniej 3 cm w jednym wymiarze, którego nie można całkowicie usunąć chirurgicznie bez ryzyka znacznych powikłań z powodu	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka *selumetynibu* wynosi 25mg/m² powierzchni ciała, przyjmowana doustnie dwa razy na dobę (co około 12 godzin). Dawka jest ustalana indywidualnie na podstawie powierzchni ciała (mg/m²) i zaokrąglana do najbliższej dostępnej wartości dawki 5 mg lub 10 mg (do maksymalnej pojedynczej dawki 50 mg). Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL. Każdy cykl leczenia trwa 28 dni.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej; 3) oznaczenie stężenia albuminy; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) ocena aktywności kinazy fosfokreatynowej; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 8) ocena koagulogramu; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF): a) wywiad w kierunku występowania zaburzeń czynności lewej komory serca u pacjentów z początkową wartością LVEF poniżej dolnej granicy normy (DGN); b) echokardiografia – ocena LVEF (przed rozpoczęciem leczenia LVEF powinna być wyższa niż DGN); 11) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR (wynik nie starszy niż dwa miesiące); 12) szczegółowe badanie okulistyczne z wykluczeniem obecnej lub przebytej w przeszłości retinopatii surowiczej środkowej,

lokalizacji lub bezpośredniego sąsiedztwa ważnych życiowo struktur anatomicznych, inwazyjności lub bogatego unaczynienia, powodującego określone ryzyko chirurgiczne zabiegu. Świadczeniobiorca, który przeszedł resekcję PN może kwalifikować się do leczenia pod warunkiem, że PN nie został całkowicie wycięty i możliwa jest jego ocena wolumetryczna za pomocą badania rezonansu magnetycznego; 6) stan sprawności: a) dorośli i dzieci w wieku co najmniej 16 lat stan sprawności co najmniej 70% w skali Karnofsky'ego, b) dzieci w wieku poniżej 16 r.ż. co najmniej 70% w skali Lansky'ego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 8) nieobecność istotnych stanów i schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego, w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak trwającej terapii przeciwnowotworowej niezależnie od przyczyny, w tym zawłaszcza: radioterapii, chemioterapii, terapii hormonalnej, przeciwnowotworowej immunoterapii lub terapii biologicznej; 10) nieobecność transformacji złośliwej PN do złośliwego guza osłonek nerwów obwodowych (MPNST), w PN o radiologicznych lub klinicznych cechach pobudzenia (tzw. Atypowe PN) na podstawie biopsji i badania histopatologicznego; 11) brak zmian patologicznych w dokładnym badaniu okulistycznym sugerujących odwarstwienie nabłonka		obecnej lub przebytej w przeszłości niedrożności żyły siatkówkowej oraz oceną ciśnienia śródgałkowego (IOP) i wykluczaniem niekontrolowanej jaskry; 13) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała; 14) ocena ryzyka zadławienia kapsułką i zaburzeń połykania. **2. Monitorowanie** **2.1. Monitorowanie leczenia pacjentów** 1) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR; 2) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała (w celu dostosowania dawki leku); 3) echokardiografia - ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); 4) ocena okulistyczna; 5) badania laboratoryjne dotyczące wątroby: a) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej, b) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej, c) oznaczenie stężenia albuminy, d) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) ocena zmian skórnych i zaburzeń tkanki podskórnej; 7) ocena krzepliwości (w tym INR lub czas protrombinowy). Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 4 cykle leczenia w przypadku pacjentów przebywających w programie lekowym do 2 lat; 2) nie rzadziej niż co 6 cykli leczenia w przypadku pacjentów przebywających w programie lekowym powyżej 2 lat;

barwnikowego siatkówki (ang. retinal pigment epithelial detachment, RPED) lub centralną surowiczą retinopatię (ang. central serous retinopathy, CSR) ze zmniejszoną ostrością widzenia oraz jaskrę (nie wlicza się w to zaburzeń widzenia związanych z powikłaniami rozwoju typowych dla NF1 glejaków nerwów wzrokowych lub PN oczodołu); 12) upłynięcie co najmniej: a) 4 tygodni od ewentualnego leczenia farmakologicznego z powodu PN oraz ustąpienie wszystkich ostrych działań niepożądanych, b) upłynięcie co najmniej 6 tygodni od zastosowanej radioterapii, c) upłynięcie co najmniej 4 tygodni od zabiegu chirurgicznego; 13) brak przeciwskazań do stosowania *selumetynibu*; 14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W związku z bezpieczeństwem stosowania leczenie może zostać czasowo wstrzymane zgodnie z zapisami aktualnej ChPL. Pacjenci pełnoletni, którzy rozpoczęli leczenie w programie przed ukończeniem 18 roku życia mogą kontynuować terapię w programie		3) każdorazowo w przypadku wskazań klinicznych albo wyłączenia pacjenta z programu. **2.2. Monitorowanie skuteczności terapii** Na podstawie wyników oceny wolumetrycznej PN w badaniu MR określa się dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: 1) całkowitą odpowiedź (CR) rozumianą jako brak obecności wybranego do oceny PN; 2) odpowiedź częściową (PR) rozumianą jako zmniejszenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową. PR uznaje się za niepotwierdzony przy pierwszym wykryciu, potwierdzony po ponownym zaobserwowaniu w kolejnym wolumetrycznym MR; 3) chorobę stabilną (SD) rozumianą jako niewystarczającą zmianę objętości wybranego do oceny leczenia PN w stosunku do wartości wyjściowej, aby kwalifikować się do PR lub progresji choroby; 4) progresję choroby (PD) rozumianą jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR; 5) jakość życia wg kwestionariusza PedsQL; 6) ocena nasilenia bólu wg NRS-11 (ang. Numerical Rating Scale) oraz PII (ang. Pain Interferrence Index). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny,

pod warunkiem ustalenia przewagi korzyści nad ryzykiem w ocenie lekarza prowadzącego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz na podstawie wskaźników odpowiedzi na leczenie opisanych w pkt. 2.2 Monitorowanie skuteczności terapii. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak korzyści klinicznych lub progresja choroby, rozumiana jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *selumetynib* lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL; 4) klinicznie istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub utrzymujący się stan sprawności: a) niższy niż 70% według skali Karnofsky'ego w przypadku dorosłych i dzieci mających co najmniej 16 lat, b) niższy niż 70% według skali Lansky'ego w przypadku dzieci poniżej 16 lat; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia *selumetynibem* ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku, określając przy tym: 1) czas do progresji (PFS); 2) całkowity odsetek odpowiedzi w programie lekowym (ORR); 3) wskaźnik wzrostu PN (ang. PN growth rate). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników wymienionych w pkt. 2.2., z częstotliwością zgodną z opisem programu; 3) kliniczne przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.156.

LECZENIE CHORYCH Z ZAPALENIEM NOSA I ZATOK PRZYNOSOWYCH Z POLIPAMI NOSA (ICD-10: J32, J33)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *dupilumabem,* 2) *mepolizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wiek ≥ 18 lat; 2) potwierdzone zapalenie typu 2: tkankowa eozynofilia ≥ 10/wpw lub eozynofilia we krwi ≥ 150, lub IgE całkowite ≥ 100; 3) ciężkie przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych: a) obustronne polipy nosa (potwierdzone badaniem endoskopowym) – wynik w skali NPS ≥5, b) wynik w skali SNOT-22 ≥40; 4) brak kontroli choroby stwierdzonej przez lekarza prowadzącego mimo stosowania kortykosteroidów ogólnoustrojowych lub przeciwwskazania do ich zastosowania (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023); 5) co najmniej 2 zabiegi chirurgiczne zatok przynosowych z otwarciem co najmniej 3 zatok w tym sitowia tylnego (zatoki	**1. Dawkowanie** **1.1. dupilumab** Dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna dupilumabu u dorosłych pacjentów to podanie 300 mg. Następnie dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 300 mg co dwa tygodnie. **1.2. mepolizumab** Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka mepolizumabu to 100 mg podawane podskórnie raz na 4 tygodnie. **2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.	**1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) badanie tomografii komputerowej zatok wykonane maksymalnie na 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 2) ocena wielkości polipów nosa w skali NPS w badaniu endoskopowym (aktualny wynik- ważności badania maksymalnie 4 tygodnie); 3) ocena jakości życia przy wykorzystaniu testu SNOT-22; 4) pomiar eozynofilii tkankowej lub eozynofilii we krwi lub całkowitego stężenienia IgE (aktualne wyniki– ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 5) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;

sitowej tylnej) udokumentowane w wywiadzie (ostatni zabieg wykonany co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu) lub przeciwwskazania do operacji zgodnymi z obowiązującymi przeciwskazaniami do zabiegu chirurgicznego w PZZPzPN (kwestionariuszem kwalifikacji do zabiegu); 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz	**3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych** Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię zapalenia nosa i zatok przynosowych danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	7) ocena nasilenia objawów w skali NPS (w oparciu o wyniki badania endoskopowego) oraz SNOT-22; 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych; 9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). **2. Monitorowanie leczenia** **Po 24 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej, a następnie po 4 miesiącach należy wykonać:** 1) morfologię krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg: a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym, b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe, c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22, d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;

może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. Stosowanie mepolizumabu u kobiet w ciąży należy rozważać jedynie wtedy, gdy oczekiwana korzyść dla matki przewyższa potencjalne ryzyko dla płodu. W przypadku zajścia w ciążę lekarz może zdecydować o zawieszeniu terapii mepolizumbem. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak skuteczności, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta, rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z kryteriów: – obniżenie wyniku w skali NPS o ≥1 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem albo mepolizumabem), – obniżenie wyniku w skali SNOT-22 o ≥8,9 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem albo mepolizumabem), – redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe, – zmniejszenia wpływu chorób współistniejących; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 4) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		**3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 4 miesiące: 1) morfologię krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg: a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym, b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe, c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22, d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej

5) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.157.

LECZENIE CHORYCH Z UOGÓLNIONĄ POSTACIĄ MIASTENII (G.70.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: *1) rytuksymab,* *2) efgartigimod alfa,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek: 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie miastenii uogólnionej (myasthenia gravis, MG), według Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA): klasa II, III lub IV; 3) całkowity wynik w skali MG-działania życia codziennego (MG-ADL) ≥ 5; minimum 50% uzyskanych punktów z objawów pozaocznych; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. **1. Dawkowanie rytuksymabu** <u>Leczenie inicjujące:</u> Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.): a) 375 mg/m^2 pow. ciała podawana co tydzień przez 4 kolejne tygodnie, lub b) dwie dawki po 1 g w odstępie 2 tygodni. <u>Leczenie podtrzymujące:</u> Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.): a) 375 mg/m^2 pow. ciała, lub b) 500 mg. podawane w odstępach minimum 6 miesięcy.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) ocena stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wraz z określeniem wartości w punkcie początkowym; 2) w przypadku braku wcześniejszego wyniku oznaczenie statusu serologicznego miastenii; 3) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM; 4) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) oznaczenie stężenia kreatyniny; <u>dotyczy terapii rytuksymabem:</u> 8) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20; 9) badanie CRP; 10) test na obecność HBsAg; 11) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV; 12) badanie ogólne moczu; 13) test ciążowy; 14) test Quantiferon;

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii rytuksymabem 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholiny (AChR, ARAB) lub dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko białku związanemu z receptorem lipoproteiny o niskiej gęstości 4 (anty-LRP4) lub dodatni wynik przeciwciał przeciwko swoistej dla mięśni kinazie tyrozynowej (MuSK) lub w przypadku pacjentów seronegatywnych stwierdzenie zaburzeń transmisji nerwowo-mięśniowej wykazane w przeszłości lub obecnie w badaniu metodą elektrostymulacyjnej próby męczliwości (próbie miastenicznej) lub elektromiografii pojedynczego włókna mięśniowego (SFEMG) 2) w przypadku pacjentów z uogólnioną miastenią MuSK-dodatnią rytuksymab można zastosować jako opcję terapeutyczną jeśli ich odpowiedź na immunoterapię jest niezadowalająca, tj. odpowiada nasileniu objawów jak w pkt. 1. 3) w przypadku pacjentów AChR-dodatnich, LRP4-dodatnich lub seronegatywnych wysoka aktywność choroby, stwierdzona na podstawie spełnienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: a) u pacjentów w pierwszym roku po zachorowaniu utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIb) pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego, b) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIa) i ciężkie zaostrzenie/przełom miasteniczny w ciągu poprzedniego roku pomimo	W uzasadnionych klinicznie przypadkach możliwe jest zastosowanie dawki inicjującej. **2. Dawkowanie efgartigimodu alfa** Zalecana dawka to 10 mg/kg masy ciała w postaci wlewu dożylnego podawanego w cyklach raz w tygodniu przez 4 tygodnie. Kolejny cykl leczenia należy stosować zgodnie z oceną kliniczną. Częstotliwość cykli leczenia może się różnić w zależności od pacjenta przy czym najwcześniejszy czas rozpoczęcia kolejnego cyklu leczenia wynosi 7 tygodni od pierwszego wlewu w poprzednim cyklu.	15) badanie EKG; 16) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV, Quantiferon konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Każdorazowo przed podaniem rytuksymabu należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 3) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20; 6) badanie CRP; 7) test na obecność HBsAg; 8) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV; 9) badanie ogólne moczu; 10) test ciążowy; 11) badanie EKG; 12) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych. Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wykonuje się co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie co 6 miesięcy. **2.2.** Przed rozpoczęciem cyklu leczenia efgartigimodem alfa należy

odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego, c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIa) przez co najmniej 2 poprzednie lata pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego; 4) brak przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu zgodnie z aktualną ChPL; 5) u pacjentów seronegatywnych (bez AChRAb, MuSKAb, LRP4Ab) brak podstaw do rozpoznania genetycznie uwarunkowanego wrodzonego zespołu miastenicznego lub zespołu miastenicznego Lamberta-Eatona Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.2. muszą być spełnione łącznie. **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia efgartigimodem alfa** 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholiny (AChR); 2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastenii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano poniższe terapie: a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy		wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) morfologię krwi z rozmazem. Maksymalnie 12 tygodni po rozpoczęciu pierwszego cyklu leczenia konsultacja neurologiczna z oceną konieczności podania drugiego cyklu leczenia. Oceny skuteczności leczenia na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL dokonuje się po drugim i każdym kolejnym cyklu leczenia. Ocenę skuteczności leczenia należy wykonać po co najmniej 8 tygodniach od rozpoczęcia cyklu leczenia jednak nie później niż po 12 tygodniach. **3. Monitorowanie programu** 1) ocena skuteczności: a) wskaźniki efektywności: - zmiana wyniku w skali MG-ADL w stosunku do wartości w punkcie początkowym; 2) ocena bezpieczeństwa a) monitorowanie działań niepożądanych; 3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 4) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą

c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIa) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia efgartigimodem lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii, lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) brak przeciwwskazań do stosowania efgartigimodu alfa zgodnie z aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.3. muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia efgartigimodem alfa spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu lekowego, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu lekowego określonymi w punkcie 3. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) w przypadku terapii rytuksymabem: brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji		aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) wynik w skali MG-ADL w punkcie początkowym, b) wynik w skali MG-ADL podczas oceny skuteczności; 5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym oceniane po 6 miesiącach leczenia; 2) w przypadku terapii efgartigimodem alfa brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym cyklu leczenia, utrzymującej się przez co najmniej 4 kolejne tygodnie; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		

Załącznik B.158.FM.

LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBOREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B i B (ICD-10: E75.241, E75.244)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie olipudazą alfa zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Dzieci:** 1) wiek < 18. roku życia; 2) rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym; 3) objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) ≥ 5 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI); 4) wzrost Z-score ≤− 1;	**1. Dawkowanie** Sposób podawania, oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). **Zalecane dawkowanie:** **1.1.** Dawkę **olipudazy alfa** ustala się na podstawie rzeczywistej masy ciała u pacjenta ze wskaźnikiem masy ciała (BMI, ang. Body Mass Index) ≤ 30 lub optymalnej masy ciała u pacjenta z BMI > 30. **1.2.** Zalecana dawka początkowa **olipudazy alfa** wynosi 0,1 mg/kg mc. dla dorosłych, a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki: I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,1 mg/kg mc., II dawka (Tydzień 2) 0,3 mg/kg mc., III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc., IV dawka (Tydzień 6) 0,6 mg/kg mc., V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc., VI dawka (Tydzień 10) 1 mg/kg mc.,	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy; 2) analiza genu SMPD1; 3) badanie poziomu biomarkera Lyso- sphyngomyelin; 4) badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenku węgla (DLco) – u pacjentów w wieku ≥ 18. roku życia; 5) badanie aktywności chitotriozydazy; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 8) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 9) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i sprzężonej; 10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 12) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 13) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL; 14) badanie USG i MRI jamy brzusznej, z określeniem wielkości śledziony i wątroby;

5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
6) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD;
7) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL;
8) zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta;

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Dorośli:

1) wiek ≥ 18. roku życia;
2) rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym;
3) objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) ≥ 6 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI);
4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
5) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD;
6) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL;
7) zdolność dyfuzyjna płuc dla tlenku węgla (DLco) ≤ 70% przewidywanej wartości prawidłowej;

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających

VII dawka (Tydzień 12) 2 mg/kg mc., VIII dawka (Tydzień 14) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca).

1.3. Zalecana dawka początkowa **olipudazy alfa** dla dzieci i młodzieży wynosi 0,03 mg/kg mc., a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki: I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,03 mg/kg mc., II dawka (Tydzień 2) 0,1 mg/kg mc., III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc., IV dawka (Tydzień 6) 0,3 mg/kg mc., V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc., VI dawka (Tydzień 10) 0,6 mg/kg mc., VII dawka (Tydzień 12) 1 mg/kg mc., VIII dawka (Tydzień 14) 2 mg/kg mc., IX dawka (Tydzień 16) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca).

1.4. Etap leczenia podtrzymującego:

Zalecana dawka podtrzymująca wynosi 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie

1.5. Pacjenci z BMI > 30:

U dorosłych oraz dzieci i młodzieży ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) > 30, masa ciała stosowana w celu obliczenia dawki **olipudazy alfa** jest szacowana na podstawie następującej metody (dla etapu zwiększania dawki i leczenia podtrzymującego). Masa ciała (kg) stosowana do obliczenia dawki = 30 × (wzrost w m)^2.

15) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT;
16) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania);
17) pomiary antropometryczne (masa i wysokość/długość ciała);
18) elektrokardiografia (EKG);
19) test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym;
20) badanie densytometryczne kości (DEXA) – opcjonalnie uzasadnionych przypadkach;
21) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego);
22) konsultacja neurologiczna;
23) konsultacja pulmonologiczna (w uzasadnionych przypadkach).

2. Monitorowanie leczenia

2.1. badania wykonywane co najmniej **co 6 miesięcy:**

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) parametry czynności wątroby (aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), bilirubina całkowita);
3) pomiary antropometryczne (masa i wysokość ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania); u dorosłych pacjentów tylko masa ciała;
4) stosowne do wieku oceny neurologiczne i rozwojowe (u dzieci).

2.2. badania wykonywane po **12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy:**

badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą i/lub karmieniem piersią które w momencie wyłączenia nie spełniały pozostałych kryteriów wyłączenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt. 3. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny rozumiany jako: brak zmniejszenia objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% w porównaniu z wielkością narządu ocenioną na wizycie kwalifikującej do leczenia (stwierdzone w badaniu MRI) w okresie pierwszych 12 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych – zmniejszenie objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% względem wartości określonej przy kwalifikacji pacjenta, musi być potwierdzone na każdej kolejnej wizycie monitorującej leczenie tj. co 6 miesięcy po pierwszych 12 miesiącach leczenia; 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 3) wystąpienie objawów ciężkiej nadwrażliwości na lek;		1) badanie MRI i USG jamy brzusznej, z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony i wątroby - badania obligatoryjne po 12 miesiącach terapii, a następnie co 6 miesięcy terapii – USG obligatoryjne, natomiast MRI w przypadku stwierdzenia zwiększenia objętości śledziony lub wątroby w badaniu USG sugerujące możliwość spełnienia kryterium wyłączenia pkt. 1; 2) badanie poziomu biomarkera Lyso- sphyngomyelin; 3) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL; 4) elektrokardiografia (EKG); 5) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT – w uzasadnionych przypadkach; 6) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania) - w uzasadnionych przypadkach; 7) badanie densytometryczne kości (DXA) – w uzasadnionych przypadkach; 8) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich - w uzasadnionych przypadkach; 9) konsultacja neurologiczna; 10) konsultacja pulmonologiczna - w uzasadnionych przypadkach; 11) konsultacja ortopedyczna - w uzasadnionych przypadkach. **3. Ocena skuteczności leczenia:** **3.1.** Wskaźniki efektywności leczenia: a) zmiana objętości śledziony i wątroby (w MRI oraz USG i w %),

4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 5) okres ciąży i karmienie piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego.		b) poprawa obrazu płuc w RTG lub HRCT – jeśli dotyczy, **3.2.** Oczekiwane korzyści zdrowotne (wartości dla wskaźników efektywności: a) zmniejszenie objętości wątroby i śledziony u pacjentów leczonych olipudazą alfa, b) zmniejszenie objawu „mlecznego szkła" i zmniejszenie wyniku ILD – jeśli dotyczy. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punktach 3.1. oraz 3.2.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowej do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B. 159.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA SZYJKI MACICY (ICD-10: C53)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie pacjentek na przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy przy wykorzystaniu substancji czynnej pembrolizumab. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie histologiczne raka gruczołowego lub gruczołowo-płaskonabłonkowego lub płaskonabłonkowego; 2) przetrwały, nawrotowy lub przerzutowy rak szyjki macicy u pacjentek niepoddanych wcześniej chemioterapii ogólnoustrojowej (za wyjątkiem zastosowania jej równocześnie jako środka uwrażliwiającego na promieniowanie jonizujące) i niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii; 3) potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥1, oznaczona zwalidowanym testem; 4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 7) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;	**1. Dawkowanie** **1.1. Pembrolizumab** Pembrolizumab stosowany w skojarzeniu z paklitakselem i cisplatyną lub z paklitakselem i karboplatyną, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu Zalecana dawka pembrolizumabu: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni. Chemioterapia: paklitaksel w dawce 175 mg/m^2 pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m^2 pc. albo paklitaksel w dawce 175 mg/m^2 pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m^2 pc.+ bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc., albo paklitaksel w dawce 175 mg/m^2 pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min., albo	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie określonego typu raka szyjki macicy; 2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 8) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewcyzumabem); 9) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny lub czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewcyzumabem); 10) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 11) badanie ogólne moczu; 12) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 13) elektrokardiogram (EKG); 14) pomiar ciśnienia tętniczego;

8) nieobecność objawowych przerzutów do OUN;
9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
10) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
12) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki, które były leczone pembrolizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniały kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

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) wystąpienie objawów nadwrażliwości na pembrolizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;

paklitaksel w dawce 175 mg/m^2 pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min + bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc.

2. Modyfikacja dawkowania leków

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

15) badanie obrazowe (tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej);
16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

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

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;
6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewcyzumabem);
7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewcyzumabem);
8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;
9) badanie ogólne moczu;
10) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu terapii.

2.2. Monitorowanie skuteczności

2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, w sytuacji wątpliwej, a gdy stan pacjentki jest stabilny klinicznie, możliwe jest kontynuowanie leczenia, aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tygodni; 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy lub inne w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedz (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. 160.

LECZENIE PACJENTEK Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ OSTEOPOROZY POMENOPAUZALNEJ (ICD-10: M80.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *romosozumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowane są kobiety ze zdiagnozowaną pomenopauzalną osteoporozą pierwotną spełniające wszystkie kryteria ogólne (1.1) oraz jedno z kryteriów szczegółowych (1.2). **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥60 lat; 2) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca bezpieczne rozpoczęcie terapii; 3) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych, stanowiących przeciwskazanie w oparciu o aktualną ChPL; 4) wykluczenie nadwrażliwości na *romosozumab* lub którąkolwiek substancję pomocniczą.	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka *romosozumabu* wynosi 210 mg raz w miesiącu przez 12 miesięcy. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie densytometryczne zlecone przez lekarza kwalifikującego; 2) badanie RTG w wywiadzie potwierdzające złamania opisane w pkt. 1.2.1) i 1.2.2). kryteriów kwalifikacji, na podstawie którego lekarz prowadzący potwierdza charakter i lokalizację złamania; 3) stężenie wapnia i fosforu w surowicy; 4) oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; 5) stężenie PTH w surowicy; 6) stężenie albuminy w surowicy; 7) morfologia krwi; 8) odczyn Biernackiego (OB); 9) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 10) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 11) stężenie kreatyniny; 12) badanie ogólne moczu. **2. Monitorowanie leczenia** 1) co 3 miesiące lub wg wskazań klinicznych:

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji

1) udokumentowany T-score ≤ -3,0 (pomiar bliższego końca kości udowej lub części lędźwiowej kręgosłupa) oraz udokumentowane przynajmniej jedno wcześniejsze złamanie niskoenergetyczne w wywiadzie w lokalizacji głównej;
2) T-score ≤ -2,5 (pomiar bliższego końca kości udowej lub części lędźwiowej kręgosłupa) oraz udokumentowane złamanie, które nastąpiło w ciągu ostatnich 12 miesięcy w bliższym końcu kości udowej lub kręgów oraz udokumentowane przynajmniej jedno wcześniejsze złamanie niskoenergetyczne w wywiadzie w lokalizacji głównej.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki wymagające kontynuacji leczenia, które były leczone 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 spełniały kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki ze złamaniami osteoporotycznymi, u których (w oparciu o opinię lekarza prowadzącego) ze względu na stan kliniczny, brak jest możliwości wyznaczenia T-score lub interpretacji wyniku.

2. Określenie czasu leczenia w programie

1) leczenie *romosumabem* może trwać maksymalnie 12

a) stężenie wapnia w surowicy;

W przypadku objawów wskazujących na hipokalcemię oraz u chorych z czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu hipokalcemii zalecane są dodatkowe pomiary wapnia oraz uzupełnienie jego niedoborów;

2) w 6 i 12 miesiącu od rozpoczęcia terapii:

a) badanie densytometryczne i ocena T-score,

b) wywiad w kierunku występowania złamań.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnych za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.2.;
3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

miesięcy; 2) lekarz prowadzący może w każdym momencie przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną; 3) do programu może być ponownie włączona pacjentka, u której przerwano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, z uzasadnionych i udokumentowanych przez lekarza prowadzącego przyczyn i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną jest uzasadniony. Maksymalny czas przerwania leczenia wynosi 1 miesiąc. Leczenie *romosozumabem* w ramach programu lekowego zostanie wydłużone o ten czas. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako: a) spadek BMD o 4,4% dla kręgów, 5,2% dla szyjki kości udowej po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii, w porównaniu z wynikami przed leczeniem; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą bądź toksyczności uniemożliwiające kontynuację leczenia; 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy, w tym		

zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		

Załącznik B.161.

LECZENIE CHORYCH Z ROPNYM ZAPALENIEM APOKRYNOWYCH GRUCZOŁÓW POTOWYCH (HS) (ICD-10: L 73.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *sekukinumabem*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku ≥ 18 lat; 2) obecność czynnej umiarkowanej lub ciężkiej postaci hidradenitis suppurativa definiowanej jako: a) występowanie co najmniej 5 zmian zapalnych w postaci ropni lub guzków zapalnych w co najmniej dwóch lokalizacjach (co najmniej 1 lokalizacja w II lub III stopniu Hurley), lub b) nasilenie choroby w skali IHS4≥4, u pacjentów, którzy przestali reagować na leczenie ogólne lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego, zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami leczenia HS; 3) pacjenci, u których uzyskano ocenę jakości życia ze wskaźnikiem DLQI większym niż 10;	**1. Dawkowanie** Maksymalna dawka początkowa sekukinumabu to 300 mg, podawane w tygodniu 0., 1., 2., 3. i 4; Maksymalna dawka podtrzymująca sekukinumabu to 300 mg co miesiąc. Na podstawie odpowiedzi klinicznej dawkę podtrzymującą można zwiększyć do 300 mg co 2 tygodnie. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku oraz rozpoznawania działań	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) test QuantiFERON – TB; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) stężenie kreatyniny w surowicy; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 8) obecność antygenu HBs; 9) przeciwciała anty-HCV; 10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 13) EKG. **2. Monitorowanie leczenia** Po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

4) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku; 3) do programu mogą być ponownie włączone pacjentki, które zostały wyłączone z programu w związku z ciążą, a w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 16 tygodniach terapii rozumianej jako co najmniej 50% redukcja	niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię hidradenitis suppurativa danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	1) morfologię krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) stężenie kreatyniny w surowicy; 6) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników: a) ocenę liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) i wzrostu liczby ropni lub sączących przetok; b) ocenę nasilenia choroby wg skali IHS4; c) ocenę jakości życia wg wskaźnika DLQI. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 30 dni): 1) morfologię krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) stężenie kreatyniny w surowicy; 6) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników: a) ocenę liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni); b) ocenę nasilenia choroby wg skali IHS4; c) ocenę jakości życia wg wskaźnika DLQI. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej

liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) i bez wzrostu liczby ropni lub sączących przetok w porównaniu do okresu sprzed leczenia; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie potwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących oznaczająca wzrost liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) lub IHS4 powyżej poziomu z wizyty kwalifikacyjnej do programu; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3. z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.162.

LECZENIE PACJENTÓW Z KARDIOMIOPATIĄ (ICD-10: E85, I42.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. LECZENIE KARDIOMIOPATII W PRZEBIEGU AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ (ICD-10: E85)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie tafamidisem dorosłych pacjentów z kardiomiopatią w przebiegu amyloidozy transtyretynowej. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej (ATTR) potwierdzona przez badanie scyntygraficzne serca z radioizotopem (99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP) lub biopsję tkanki i typowanie amyloidu za pomocą immunohistochemii; 3) genetyczny ATTR lub typu dzikiego określony poprzez sekwencjonowanie genu transtyretyny;	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Maksymalna dawka tafamidisu wynosi **61 mg** podawana raz na dobę. Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi; 2) określenie klasy NYHA; 3) oznaczenie wskaźnika mBMI; 4) elektrokardiogram spoczynkowy; 5) RTG klatki piersiowej; 6) test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych (6MWT); 7) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 8) oznaczenie stężenia troponiny T; 9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT); 10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 12) oznaczenie stężenia bilirubiny; 13) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP);

4) klasa czynnościowa NYHA I-II; 5) grubość przegrody międzykomorowej przekraczająca 12 mm w badaniu echokardiografii przezklatkowej; 6) wykluczenie amyloidozy łańcuchów lekkich; 7) brak przeszczepu serca lub wątroby w wywiadzie; 8) wynik testu 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych powyżej 100 m; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 12) niestosowanie lub zaprzestanie stosowania antagonistów kanału wapniowego lub glikozydów naparstnicy; 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 14) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni 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.		14) proteinogram; 15) diagnostyka białka monoklonalnego (metodąimmunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC); 16) ocena eGFR w oparciu o wzór Cockcrofta- Gaulta; 17) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi; 18) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi; 19) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 20) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 21) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH); 22) oznaczenie stężenia tyroksyny (T4); 23) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 24) oznaczenie poziomu kinazy fosfokreatynowej; 25) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 26) oznaczenie kwasu moczowego w surowicy krwi; 27) badanie ogólne moczu z oceną osadu; 28) morfologia krwi z rozmazem; 29) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 30) echokardiografia przezklatkowa; 31) badanie scyntygraficzne serca z zastosowaniem radioizotopu 99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP; 32) sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR) – w przypadku braku wyniku badania w dokumentacji medycznej; 33) holter 24-godzinne monitorowanie EKG;

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, **zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3**. Po uzyskaniu progresji do utrwalonej (tzn. co najmniej 6-miesięcznej) klasy III lub IV NYHA lekarz prowadzący ocenia zasadność kontynuacji leczenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja utrwalona (tzn. co najmniej 6-miesięczna) klasy III lub IV NYHA, gdy w ocenie lekarza prowadzącego nie ma zasadności do kontynuacji leczenia; 2) szybka progresja do trwałej klasy III lub IV NYHA w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia; 3) przeszczepienie serca lub wątroby; 4) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) potwierdzenie ciąży lub karmienie piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo		34) konsultacja hematologiczna w przypadku stwierdzenia białka monoklonalnego celem wykluczenia amyloidozy łańcuchów lekkich. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) ocena eGFR w oparciu o wzór Cockcrofta-Gaulta; 6) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH); 10) oznaczenie stężenia tyroksyny (T4); 11) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 12) oznaczenie poziomu kinazy fosfokreatynowej; 13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 14) oznaczenie kwasu moczowego w surowicy krwi; 15) badanie ogólne moczu z oceną osadu; 16) morfologia krwi z rozmazem. Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia wymienione w punktach 1-16 przeprowadza się co 6 miesięcy (±14 dni). **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi; 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiogram spoczynkowy; 4) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 5) oznaczenie stężenia troponiny T; 6) echokardiografia przezklatkowa; 7) test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych; 8) ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza EuroQol 5 dimmensions 5-level (EQ-5D-5L) w połączeniu z wizualną skalą analogową (VAS); 9) holter 24-godzinne monitorowanie EKG; 10) RTG klatki piersiowej. Badania monitorujące skuteczność leczenia wymienione w punktach 1-8 przeprowadza się co 6 miesięcy (±14 dni). Badanie z punktu 9-10 wykonuje się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (±14 dni). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu, oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt *3. Monitorowanie skuteczności leczenia* ppkt 2, 4, 5, 7, 8; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
II. LECZENIE PRZEROSTOWEJ KARDIOMIOPATII ZAWĘŻAJĄCEJ (ICD-10: I42.1)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 3 miesiące przez pierwsze 12 miesięcy po ustaleniu indywidualnej dawki podtrzymującej leczenie, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie mawakamtenem dorosłych pacjentów z przerostową kardiomiopatią zawężającą, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.	Dawki maksymalne, sposób podawania, ewentualne czasowe wstrzymania leczenia oraz modyfikacje dawki prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, odnotowaniem dawkowania aktualnie stosowanych leków kardiologicznych oraz wskazaniem czy pacjent posiada wszczepiony kardiowerter (ICD); 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiografia (EKG); 4) echokardiografia przezklatkowa: - grubość ściany lewej komory, - frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF), - gradient drogi odpływu lewej komory (LVOT) w spoczynku oraz po próbie Valsalvy, w uzasadnionych

1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie kardiomiopatii przerostowej zawężającej (oHCM) zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC; 3) grubość ściany lewej komory ≥15 mm (lub ≥13 mm w oHCM rodzinnej) w badaniu echokardiografii przezklatkowej; 4) klasa czynnościowa NYHA II–III; 5) gradient ciśnień w drodze odpływu lewej komory (LVOT) spoczynkowy lub po próbie Valsalvy ≥ 50 mmHg; 6) frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) ≥55%; 7) niewystarczająca kontrola choroby pomimo stosowania leczenia beta-adrenolitykiem lub antagonistą kanału wapniowego, w optymalnej dawce **lub** w przypadku nietolerancji/przeciwskazania do tych terapii; 8) brak chorób kardiologicznych lub ogólnoustrojowych. innych niż oHCM, które mogą stanowić wytłumaczenie dla hipertrofii lewej komory serca (w tym choroby Fabry'ego, amyloidozy, zespołu Noonan z hipertrofią lewej komory); 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 11) zobowiązanie pacjentów do abstynencji alkoholowej. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni jednocześnie: — silnymi inhibitorami CYP3A4 – dotyczy pacjentów ze stwierdzonym fenotypem wskazującym na wolny		przypadkach możliwa jest dodatkowa ocena LVOT w próbie echokardiograficznej wysiłkowej; 5) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 6) oznaczenie stężenia troponiny T oraz troponiny I; 7) genotypowanie pacjentów pod kątem cytochromu P450 (CYP) 2C19 (CYP2C19); 8) test ciążowy (u kobiet w okresie rozrodczym). W przypadku, gdy przeprowadzenie badania echokardiograficznego jest niediagnostyczne: a) dopuszcza się możliwość przeprowadzenia innego badania obrazowego (np. rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej); b) weryfikacja LVOT może być przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnień. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia** 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, odnotowaniem dawkowania aktualnie stosowanych leków kardiologicznych oraz wskazaniem czy pacjent od ostatniej wizyty monitorującej miał napady migotania przedsionków lub interwencje wszczepionego ICD (także informacja o wszczepieniu ICD jeśli dotyczy); 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiografia (EKG); 4) echokardiografia przezklatkowa: - grubość ściany lewej komory, - frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF), - gradient drogi odpływu lewej komory (LVOT) w spoczynku oraz po próbie Valsalvy, w uzasadnionych

metabolizm przy udziale CYP2C19 oraz nieustalonym fenotypem CYP2C19; — silnym inhibitorem CYP2C19 i silnym inhibitorem CYP3A4 – dotyczy wszystkich pacjentów, bez względu na fenotyp. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu: — **zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt. 4** lub — **w przypadku niespełnienia kryteriów oceny skuteczności leczenia o których mowa w pkt. 3**. W przypadku gdy wynik LVEF, na którejkolwiek wizycie kontrolnej, wynosi < 50% należy tymczasowo przerwać leczenie, a następnie ponownie rozpocząć leczenie po 4 tygodniach wg wytycznych w ChPL, o ile LVEF wynosi ≥ 50%. **3. Kryteria oceny skuteczności leczenia**		przypadkach możliwa jest dodatkowa ocena LVOT w próbie echokardiograficznej wysiłkowej; 5) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 6) oznaczenie stężenia troponiny T oraz troponiny I; 7) holter 48-godzinne monitorowanie EKG. Badania wymienione w punktach 1-6 wykonuje się po 4 i 8 tygodniach (±7 dni) od: — pierwszego rozpoczęcia leczenia, — ponownego rozpoczęcia leczenia, — zmiany dawki oraz co 3 miesiące (±7 dni) przez pierwsze 12 miesięcy po ustaleniu indywidualnej dawki podtrzymującej leczenie, a następnie co 6 miesięcy (±14 dni). Badanie z punktu 7 (holter) przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (±14 dni). W przypadku tymczasowego przerwania leczenia - kontrola parametrów z użyciem echokardiografii co 4 tygodnie (±7 dni) do czasu, aż LVEF wyniesie ≥ 50%. W przypadku, gdy przeprowadzenie badania echokardiograficznego jest niediagnostyczne: a) dopuszcza się możliwość przeprowadzenia innego badania obrazowego (np. rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej); b) weryfikacja LVOT może być przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnień. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi spełniać poniższe: 1) poprawa objawów o ≥1 klasę czynnościową NYHA po 12 tygodniach od ustalenia indywidualnej dawki pacjenta i utrzymanie niższej klasy NYHA w trakcie leczenia podtrzymującego; 2) gradient LVOT po próbie Valsalvy ≤ 30 mmHg lub jego redukcja w trakcie leczenia o ≥ 30 mmHg, potwierdzona na każdej wizycie kontrolnej w trakcie leczenia podtrzymującego pacjenta indywidualną dawką leku. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wynik LVEF wynoszący ≤ 30%; 2) wynik LVEF wynoszący dwukrotnie <50% w odstępie 4 tygodni, w przypadku przyjmowania dawki 2,5 mg na dobę; 3) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) potwierdzenie ciąży lub karmienie piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 2. *Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia* ppkt 2, 4, 5, 6 oraz danych z ppkt 1 z zakresu stosowanych leków oraz odnotowanych napadów migotania przedsionków/wszczepienia ICD/interwencji wszczepionego ICD; 3) 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.163.FM.

LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ICD-10: C69, C69.3, C69.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia tebentafuspem** 1) wzrost lub zagrożenie rozwoju guza poza gałkę oczną i brak możliwości postępowania terapeutycznego po zastosowaniu dostępnych metod leczenia miejscowego (dopuszczalna jest wcześniejsza resekcja chirurgiczna choroby oligometastatycznej); lub 2) obecność przerzutów czerniaka błony naczyniowej stwierdzana w badaniach obrazowych wymienionych w punkcie „badania przy kwalifikacji do leczenia”; 3) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie czerniaka błony naczyniowej oka; 4) potwierdzona obecność antygenu leukocytarnego (HLA)-A*02:01; 5) wiek 18 lat i powyżej; 6) stopień sprawności 0 lub 1 według skali ECOG; 7) odstęp QTc ≤ 500 ms;	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). **1. Dawkowanie** Maksymalne dawki tabentafuspu: 1) 20 µg – 1. dnia; 2) 30 µg – 8. dnia; 3) 68 µg– 15. dnia; następnie 68 µg co tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) test do genotypowania HLA w celu potwierdzenia występowania u pacjenta genotypu HLA-A*02:01; 2) badanie histologiczne lub cytologiczne w celu potwierdzenia czerniaka błony naczyniowej oka; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej we krwi; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej we krwi; 10) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (sód i potas); 11) badanie ultrasonograficzne gałki ocznej w celu oceny wielkości guza (w przypadku choroby pierwotnej); 12) badania obrazowe potwierdzające obecność przerzutów:

8) brak wcześniejszej terapii systemowej czerniaka błony naczyniowej oka (nie dotyczy terapii neoadjuwantowej i adjuwantowej stosowanej w leczeniu radykalnym pacjentów z chorobą miejscową); 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 12) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących i stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL lub wiedzę medyczną; 13) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka lub lekarza		a) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu, b) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, c) badanie tomografii komputerowej lub inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej; 13) elektrokardiogram (EKG) z oceną odstępu QTc (w przypadkach wątpliwych – konsultacja kardiologiczna); 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 15) pełne badanie przedmiotowe z oceną całej skóry; 16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie leczenia** 2.1. **Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej we krwi; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej we krwi;

prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby ocenianej zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; Dopuszcza się możliwość kontynuacji leczenia w programie u chorych z progresją choroby w przypadku: — braku klinicznych objawów progresji, — braku pogorszenia stanu sprawności według kryteriów ECOG, — braku zagrożenia niewydolnością narządów. Należy przerwać leczenie, które było kontynuowane po progresji, gdy stwierdza się co najmniej jedno z poniższych: a) ponowny wzrost sumy wymiarów ocenianych zmian (z uwzględnieniem nowych zmian mierzalnych) o co najmniej 20% z jednoczesnym wzrostem tej sumy o co najmniej 5 mm, b) jednoznaczna progresja zmian pozostałych, c) nowa zmiana. 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej		8) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (sód i potas); 9) pełne badanie przedmiotowe z oceną całej skóry; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 11) EKG z oceną odstępu QTc w razie wskazań klinicznych; Badania wykonuje się co minimum 3 tygodnie (+/- 1 tydzień) Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. 2.2. **Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) ocena kliniczna wraz z diagnostyką obrazową celem obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie: a) ultrasonografia gałki ocznej, b) TK lub MR głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy; Badania wykonuje się co 12 tygodni. Badania obrazowe w celu ponownej oceny skuteczności leczenia po pseudoprogresji należy wykonać w odstępie 4 tygodni od oceny, w której wykazano pseudoprogresję. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: 1) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedz (PR) na leczenie, 2) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), 3) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

Oka lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego.		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, w miarę możliwości z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, które były zastosowane podczas kwalifikacji do leczenia. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – **przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 21,7 miesiąca;** b) przeżycie wolne od progresji (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej

		udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – **przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 3,3 miesiąca;** c) najlepsza ogólna odpowiedź (BoR), **z oczekiwaną medianą 0,4%;** d) wskaźnik obiektywnej odpowiedzi (ORR), tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – **wskaźnik odpowiedzi obiektywnych na oczekiwanym poziomie 10,3%;** e) czas trwania odpowiedzi na leczenie (DOR) – **z oczekiwaną medianą 9,9 miesiąca;** f) czas do odpowiedzi (TTR) – **z oczekiwaną medianą 2,9 miesiąca**; g) wskaźnik kontroli choroby (DCR), tj. odsetek pacjentów, u których nastąpiła pełna odpowiedź, częściowa odpowiedź lub ustabilizowanie choroby – **z oczekiwaną medianą 31%;** h) jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL oceniana na podstawie stanu zdrowia pacjentów przy użyciu narzędzi EORTC QLQ-C30 oraz EQ-5D,5L) – **oczekiwany jest brak obniżenia jakości życia w stosunku do stanu wyjściowego lub jego polepszenie.** 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia).

Załącznik B.164.

LECZENIE PACJENTÓW Z IMMUNOLOGICZNĄ ZAKRZEPOWĄ PLAMICĄ MAŁOPŁYTKOWĄ (ICD-10: M31.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie epizodów nabytej zakrzepowej plamicy małopłytkowej przy użyciu kaplacyzumabu w połączeniu z wymianą osocza oraz immunosupresją. Do programu kwalifikuje lekarz prowadzący. **1. Kryteria włączenia** 1) wiek 12 lat lub powyżej; 2) masa ciała co najmniej 40 kg; 3) kliniczne objawy epizodu immunologicznej zakrzepowej plamicy małopłytkowej (iTTP), wymagającego leczenia z zastosowaniem wymiany osocza; 4) liczba płytek <100 x 10^9/L; 5) rozpad czerwonych krwinek stwierdzony na podstawie obecności schistocytów w rozmazie krwi; 6) aktywność ADAMTS13 <10% oraz obecność inhibitora anty-ADAMTS13 (leczenie może być wprowadzone w oczekiwaniu na wyniki badania ADAMTS13 na podstawie oceny stanu klinicznego i innych wyników badań wykonywanych przy kwalifikacji do programu): a) ocena aktywności ADAMTS13 musi być przeprowadzona na podstawie próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza,	**1. Dawkowanie** Kaplacyzumab wskazany jest do stosowania w połączeniu z wymianą osocza oraz immunosupresją. Dawkowanie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie aktywności ADAMTS13 – leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 2) oznaczenie obecności inhibitora anty-ADAMTS13 – leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 3) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie liczby płytek krwi; 6) morfologia krwi z rozmazem (obecność schistocytów); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 10) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy). **2. Monitorowanie leczenia**

b) wyniki badań powinny być uzyskane w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni; 7) wykluczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego; 8) wykluczenie innych przyczyn małopłytkowości: a) kliniczne dowody infekcji jelitowej wywołanej przez *E.coli*, b) mikroangiopatia zakrzepowa związana z przeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych, szpiku kostnego lub organu, c) znana lub podejrzewana posocznica, d) diagnoza rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego, e) przewlekła małopłytkowość immunologiczna; 9) wykluczenie wysokiego ryzyka krwawienia z innych przyczyn niż małopłytkowosc; 10) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni kaplacyzumabem 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** 1) kaplacyzumab stosuje się w trakcie oraz po zakończeniu leczenia z wykorzystaniem wymiany osocza (wraz z ewentualną immunosupresją – np. rytuksymab). Etapy leczenia kaplacyzumabem obejmują:		1) w czasie pierwszego etapu leczenia, tj. w okresie stosowania wymiany osocza: a) raz dziennie: — morfologia krwi z rozmazem, b) raz w tygodniu: — oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — oznaczenie stężenia haptoglobiny (Hp), — oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 2) w czasie drugiego etapu leczenia, tj. w czasie kolejnych 30 dni leczenia kaplacyzumabem od momentu zakończenia wymiany osocza: a) raz w tygodniu: — oznaczenie aktywności ADAMTS13, — morfologia krwi z rozmazem, — oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — oznacznie stężenia haptoglobiny (Hp), — oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) w czasie opcjonalnego, trzeciego etapu leczenia (przedłużonego okresu leczenia kaplacyzumabem), tj. po zakończeniu etapu pierwszego oraz drugiego: a) raz w tygodniu: — oznaczenie aktywności ADAMTS13,

a) pierwszy etap leczenia: okres stosowania wymiany osocza, b) drugi etap leczenia: kolejne 30 dni od momentu zakończenia wymiany osocza, c) opcjonalny, trzeci etap leczenia (przedłużony okres leczenia kaplacyzumabem) następujący po zakończeniu etapu pierwszego i drugiego: i. u pacjentów, u których po zakończeniu drugiego etapu leczenia występuje poziom aktywności ADAMTS13< 20%, ii. czas trwania leczenia w etapie trzecim: leczenie kaplacyzumabem w trakcie opcjonalnego, trzeciego etapu leczenia (przedłużony okres leczenia kaplacyzumabem) stosowane jest do momentu uzyskania pierwszego wyniku oznaczenia aktywności ADAMTS13 wynoszącego ≥30% (na podstawie próbki osocza pobranej w trakcie monitorowania trzeciego etapu leczenia), ale nie dłużej, niż przez 28 dni (4 tygodnie); 2) chorzy, u których pojawi się nawrót iTTP (tj. kolejny epizod iTTP określony zgodnie z kryteriami włączenia) mogą być ponownie kwalifikowani do podawania pełnego cyklu leczenia kaplacyzumabuem (ponownie zaczynają leczenie od etapu 1. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie aktywnego, istotnego klinicznie krwawienia w trakcie terapii kaplacyzumabem;		— oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — morfologia krwi z rozmazem. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnymza pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) aktywność ADAMTS13 ≥10% na podstawie oceny próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza – wynik powinien być uzyskany w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni; 5) negatywny wynik na obecność inhibitora ADAMTS13 – na podstawie oceny próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza – wynik powinien być uzyskany w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni; 6) aktywność ADAMTS13 ≥30%na podstawie oceny próbki osocza pobranej w trakcie trwania trzeciego, opcjonalnego etapu leczenia; 7) ciąża; 8) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.165.

LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP) (ICD-10 E83.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Do leczenia w programie kwalifikowani są pacjenci z wrodzoną hipofosfatazją (HPP) w postaciach: a) perinatalnej i niemowlęcej, b) dziecięcej. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) hipofosfatazja perinatalna i niemowlęca ujawniająca się klinicznie u dzieci w wieku < 6. miesiąca życia, stwierdzona na podstawie: a) badań genetycznych potwierdzających obecność patogennych mutacji w genie ALPL (1p36.12), lub b) badań wykrywających nieprawidłowości szkieletowe oraz testów laboratoryjnych: – obniżenia mineralizacji kości i innych objawów radiologicznych hipofosfatazji lub prenatalnych/postnatalnych badań USG oraz	**1. Dawkowanie leków w programie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Zalecana dawka asfotazy alfa to 2mg/kg masy ciała podawane podskórnie trzy razy w tygodniu lub 1mg/kg masy ciała podawane podskórnie sześć razy w tygodniu. Maksymalna zalecana dawka asfotazy alfa to 6mg/kg/tydzień. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie molekularne potwierdzające obecność mutacji genu ALPL (1p36.12) w przebiegu HPP; 2) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy; 3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 4) oznaczenie stężenia magnezu w surowicy; 5) oznaczenie stężenia fosforu w surowicy; 6) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 7) oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 9) konsultacja neurochirurgiczna - w przypadku występowania u pacjentów kraniosynostozy; 10) konsultacja okulistyczna; 11) pomiary antropometryczne; 12) test sześciominutowego marszu u chorych chodzących (6MWT); 13) badanie RTG lub MRI nadgarstków, bioder i kolan z oceną w skali RSS; 14) badanie USG nerek; 15) ocena nasilenia bólu w skali dopasowanej do wieku;

– obniżonej aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy w co najmniej 3-krotnych pomiarach; 2) hipofosfatazja dziecięcą ujawniającą się u dzieci w wieku > 6. miesiąca życia rozpoznana na podstawie: a) badań genetycznych potwierdzających obecność patogennych mutacji w genie ALPL (1p36.12), lub b) badań wykrywających nieprawidłowości szkieletowe oraz testów laboratoryjnych: – badań radiologicznych (opóźnionego wieku kostnego, krzywicy lub osteomalacji) oraz – obniżonej aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy w co najmniej 3-krotnych pomiarach; Jednocześnie pacjenci o których mowa w pkt 2): a) nie osiągnęli oczekiwanych etapów rozwoju motoryki właściwej dla wieku, lub b) cierpią z powodu ciągłego lub nawracającego bólu mięśniowo-szkieletowego wpływającego na niemożność wykonywania codziennych czynności, niepoddającego się działaniu leków z dwóch różnych grup leków przeciwbólowych, lub c) mają istotnie ograniczoną możliwość samodzielnego poruszania się (chodzenia); 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół		Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy; 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 3) oznaczenie stężenia magnezu w surowicy; 4) oznaczenie stężenia fosforu w surowicy; 5) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 6) oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; 7) konsultacja okulistyczna; 8) konsultacja ortopedyczna; 9) pomiary antropometryczne; 10) test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku chorych chodzących; 11) badanie RTG kośćca; 12) badanie densytometryczne DXA (u pacjentów powyżej 5 r.ż.); 13) badanie USG nerek. Kontrolne wizyty u lekarza, zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności terapii z oceną efektów leczenia i jakości życia pacjenta. Badania wykonuje się: 1) w 3-cim, 6-tym i 12-tym miesiącu od chwili rozpoczęcia leczenia, a następnie co 6 miesięcy (z wyjątkiem oznaczenia stężenia parathormonu wykonywanego tylko w 3 miesiącu);

Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) brak przeciwwskazań do terapii określonych w aktualnej ChPL; 6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; Powyższe kryteria kwalifikacji 1), 3), 4), 5), 6) albo 2), 3), 4), 5), 6) powinny zostać spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o wyłączeniu pacjenta z programu, gdy zostanie spełnione jedno z poniższych kryteriów: 1) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie przynajmniej dwóch z poniższych kryteriów u dzieci poniżej 18 roku życia: a) zahamowanie tempa wzrastania po 6 miesiącach terapii,		2) po pierwszym roku leczenia, a następnie co 2 lata w przypadku badania densytometrycznego DXA. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy leczenia: 1) ocena tempa wzrastania; 2) test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku chorych chodzących; 3) ocena konieczności korzystania ze wspomaganej wentylacji płuc; 4) ocena powtarzalności złamań niskoenergetycznych; 5) ocena poprawy nasilenia bólu oraz jakości życia pacjenta za pomocą kwestionariuszy: – ocena bólu w skali dopasowanej do wieku w przypadku dzieci, – SF-36 (ang. Short Form 36) w przypadku pacjentów dorosłych. 6) działania niepożądane. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym

b) brak poprawy lub nieosiągnięcie oczekiwanego efektu dla testu sześciominutowego marszu (6MWT) rozumianej jako poprawa o <25 m lub <10% w porównaniu z wynikami testu przed leczeniem (w przypadku chorych chodzących), c) konieczność korzystania z mechanicznej wspomaganej wentylacji płuc po co najmniej 12 miesiącach leczenia (dotyczy chorych, którzy przed włączeniem do leczenia nie wymagali wspomagania oddychania), d) konieczność korzystania z mechanicznej wspomaganej wentylacji płuc po co najmniej 24 miesiącach leczenia (dotyczy chorych, którzy przed włączeniem do leczenia wymagali wspomagania oddychania); 2) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z poniższych kryteriów u dorosłych, kontynuujących terapię asfotazą alfa: a) brak poprawy lub nieosiągnięcie oczekiwanego efektu dla testu sześciominutowego marszu (6MWT) - poprawa o <25 m lub <10% w porównaniu z wynikami testu przed leczeniem (w przypadku chorych chodzących), b) powtarzające się złamania niskoenergetyczne przez okres trzech lat od rozpoczęcia leczenia, c) brak zmniejszenia poziomu bólu rozumianego jako nieosiągnięcie znaczącej redukcji bólu przy równoczesnym zwiększeniu częstości podawania leków przeciwbólowych lub brak poprawy jakości życia w ocenie Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) nieprowadzenie skutecznej formy antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym; 8) okres ciąży i karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		

C. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Abirateroni acetas	Abiral, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05901720140555	<1>2023-01-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
2	Abirateroni acetas	Abiraterone Accord, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05055565780886	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
3	Abirateroni acetas	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powl., 250 mg	120 szt.	09008732014020	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
4	Abirateroni acetas	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	09008732014037	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
5	Abirateroni acetas	Abiraterone Glenmark, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991472276	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
6	Abirateroni acetas	Abiraterone Krka, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	03838989746711	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
7	Abirateroni acetas	Abiraterone Pharmascience, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991485764	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
8	Abirateroni acetas	Abiraterone Sandoz, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05907626709872	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
9	Abirateroni acetas	Abiraterone Sandoz, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05907626709865	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
10	Abirateroni acetas	Abiraterone STADA, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991474102	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
11	Abirateroni acetas	Abiraterone Vipharm, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05901812162175	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
12	Abirateroni acetas	Grumabix, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05900411008624	2023-03-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3319,92	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
13	Abirateronum	Zytiga, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991307080	<1>2022-09-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	9300,00	10044,00	10646,64	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
14	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990648818	2022-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	59,80	64,58	68,46	68,46	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
15	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 9 ml	05909990648825	2022-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	134,55	145,31	154,03	154,03	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
16	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	<1>2024-07-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
17	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	05055565711958	<1>2022-01-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
18	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991377717	<1>2022-01-01/<2>2024-01-01	<1>3 lata/<2>1 rok	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
19	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, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
20	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	<1>2024-07-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
21	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991359850	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	500,00	540,00	572,40	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
22	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991359867	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1000,00	1080,00	1144,80	915,84	C.72.	bezpłatny	0 zł
23	Anagrelidum	Anagrelide Bluefish, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991422929	2024-10-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	219,00	236,52	250,71	250,71	C.72.	bezpłatny	0 zł
24	Anagrelidum	Anagrelide Glenmark, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05902020241652	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	380,00	410,40	435,02	435,02	C.72.	bezpłatny	0 zł
25	Anagrelidum	Anagrelide Ranbaxy, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991362140	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
26	Anagrelidum	Anagrelide Stada, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991355135	2022-03-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	449,00	484,92	514,02	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
27	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991354480	2024-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
28	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991354503	2024-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	800,00	864,00	915,84	915,84	C.72.	bezpłatny	0 zł
29	Anagrelidum	Thromboreductin, kaps., 0,5 mg	100 szt.	05909990670154	2022-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	450,00	486,00	515,16	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
30	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
31	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
32	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2022-11-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	85,00	91,80	97,31	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
33	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2024-07-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	55,00	59,40	62,96	62,96	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
34	Arsenii trioxidum	Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 fiol.	05055565763643	<1>2023-11-01/<2>2022-11-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	6700,00	7236,00	7670,16	7488,90	<1>C.65.b.; <2>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
35	Arsenii trioxidum	Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	10 fiolek po 6 ml	05909991404406	<1><2>2022-03-01/<3>2024-04-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	7850,00	8478,00	8986,68	8986,68	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
36	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2024-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	2096,79	2264,53	2400,41	2400,41	C.99.	bezpłatny	0 zł
37	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2024-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	10484,01	11322,73	12002,09	12002,09	C.99.	bezpłatny	0 zł
38	Azacitidinum	Azacitidine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05055565758359	<1>2023-11-01/<2>2022-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	410,00	442,80	469,37	469,37	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
39	Azacitidinum	Azacitidine Betapharm, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	04251556500117	<1>2023-09-01; <2>2024-04-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	369,00	398,52	422,43	422,43	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
40	Azacitidinum	Azacitidine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05901797710859	<1>2024-07-01/<2>2023-05-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	368,00	397,44	421,29	421,29	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
41	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991452001	<1>2024-07-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	369,00	398,52	422,43	422,43	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
42	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 150 mg	05909991451998	<1>2024-07-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	553,50	597,78	633,65	633,65	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
43	Azacitidinum	Azacitidine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.	07613421045159	<1>2021-11-01/<2>2023-11-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	478,00	516,24	547,21	469,37	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
44	Azacitidinum	Azacitidine STADA, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991463489	<1>2022-09-01/<2>2024-10-01	<1><2>3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	380,00	410,40	435,02	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
45	Azacitidinum	Gerodaza, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	09008732013641	2022-09-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	380,00	410,40	435,02	435,02	C.69.a.	bezpłatny	0 zł
46	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991198183	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1450,00	1566,00	1659,96	1659,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
47	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991198145	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	362,50	391,50	414,99	414,99	C.67.	bezpłatny	0 zł
48	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (100 mg)	05902020241508	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	2075,00	2241,00	2375,46	1659,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
49	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (25 mg)	05902020241492	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	518,75	560,25	593,87	414,99	C.67.	bezpłatny	0 zł
50	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991267285	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	776,00	838,08	888,36	888,36	C.67.	bezpłatny	0 zł
51	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991267292	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	194,00	209,52	222,09	222,09	C.67.	bezpłatny	0 zł
52	Bendamustini hydrochloridum monohydricum	Bendamustine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	5 fiol.po 4 ml	05909991497217	2024-07-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1450,00	1566,00	1659,96	1659,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
53	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05901797710989	2024-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
54	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	2024-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
55	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08436596260047	<1><3>2024-10-01/<2>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><2><3><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
56	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2024-10-01/<2><5>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><2><3><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
57	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08715131021870	<1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2005,40	2165,83	2295,78	1923,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
58	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01/<4>2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	501,35	541,46	573,94	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.	bezpłatny	0 zł
59	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05909991451349	<1><3>2022-03-01/<2>2024-04-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1690,00	1825,20	1934,71	1923,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
60	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><3>2022-03-01/<2><5>2024-04-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	422,50	456,30	483,68	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
61	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05996537007047	2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1100,00	1188,00	1259,28	1259,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
62	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	275,00	297,00	314,82	314,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
63	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990851188	2022-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	44,00	47,52	50,37	50,37	C.2.	bezpłatny	0 zł
64	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909990697427	2022-05-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.2.	bezpłatny	0 zł
65	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990696963	2022-11-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	47,50	51,30	54,38	54,38	C.2.	bezpłatny	0 zł
66	Bleomycini sulphas	Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę	1 fiol.po 10 ml	05909990946983	2022-07-01	3 lata	1003.0, Bleomycinum	103,40	111,67	118,37	118,37	C.3.	bezpłatny	0 zł
67	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol. 6 ml	05055565749142	2023-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	200,00	216,00	228,96	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
68	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05055565779859	2023-05-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	400,00	432,00	457,92	329,13	C.76.	bezpłatny	0 zł
69	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1,4 ml	05055565774137	2023-05-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
70	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05055565718339	2024-10-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
71	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05906414000771	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	279,00	301,32	319,40	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
72	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05906414000788	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	945,00	1020,60	1081,84	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
73	Bortezomibum	Bortezomib Aurovitas/Bortezomib Eugia, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991451813	2022-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	120,00	129,60	137,38	137,38	C.76.	bezpłatny	0 zł
74	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	04052682057427	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	115,00	124,20	131,65	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
75	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	04052682057434	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	150,00	162,00	171,72	171,72	C.76.	bezpłatny	0 zł
76	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04052682056314	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	182,00	196,56	208,35	208,35	C.76.	bezpłatny	0 zł
77	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05902020241461	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	160,00	172,80	183,17	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
78	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05902020241478	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
79	Bortezomibum	Bortezomib Reddy, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04251958600705	2024-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	115,00	124,20	131,65	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
80	Bortezomibum	Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991351762	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	180,00	194,40	206,06	206,06	C.76.	bezpłatny	0 zł
81	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	100 szt.	05909990277926	2022-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	330,00	356,40	377,78	377,78	C.4.	bezpłatny	0 zł
82	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 4,5 ml	05909991452742	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5040,00	5443,20	5769,79	2594,69	C.97.	bezpłatny	0 zł
83	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991452728	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5600,00	6048,00	6410,88	2882,99	C.97.	bezpłatny	0 zł
84	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 6 ml	05909991452735	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	6720,00	7257,60	7693,06	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
85	Cabazitaxelum	Eleber, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. 1,5 ml + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	08594739254732	2023-05-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	C.97.	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	15,00	16,20	17,17	17,17	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	150,00	162,00	171,72	171,70	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	30,00	32,40	34,34	34,34	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	75,00	81,00	85,86	85,85	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
90	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	69,00	74,52	78,99	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
91	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	138,00	149,04	157,98	135,66	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
92	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	400,00	432,00	457,92	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
93	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909991004736	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	59,25	63,99	67,83	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
94	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991004699	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	395,00	426,60	452,20	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
95	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05902020241720	2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1006.0, Capecitabinum	55,00	59,40	62,96	62,96	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
96	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05902020241737	2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1006.0, Capecitabinum	368,00	397,44	421,29	421,29	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
97	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909991011079	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	80,00	86,40	91,58	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
98	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991011239	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	533,33	576,00	610,56	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
99	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 100 ml	05909990816194	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	238,00	257,04	272,46	272,46	C.6.	bezpłatny	0 zł
100	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990816163	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	37,00	39,96	42,36	42,36	C.6.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres 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
101	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990816170	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	94,50	102,06	108,18	108,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
102	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990816156	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	16,90	18,25	19,34	15,07	C.6.	bezpłatny	0 zł
103	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990816187	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	158,00	170,64	180,88	180,88	C.6.	bezpłatny	0 zł
104	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909990450015	2022-09-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	22,80	24,62	26,10	15,07	C.6.	bezpłatny	0 zł
105	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990450022	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	42,50	45,90	48,65	45,22	C.6.	bezpłatny	0 zł
106	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990450039	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	129,00	139,32	147,68	135,66	C.6.	bezpłatny	0 zł
107	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990662753	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	173,00	186,84	198,05	180,88	C.6.	bezpłatny	0 zł
108	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 15 ml	05909990776733	2024-04-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	42,00	45,36	48,08	45,22	C.6.	bezpłatny	0 zł
109	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 45 ml	05909990776740	2024-04-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	128,50	138,78	147,11	135,66	C.6.	bezpłatny	0 zł
110	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990776726	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	22,50	24,30	25,76	15,07	C.6.	bezpłatny	0 zł
111	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990851058	2022-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	171,00	184,68	195,76	180,88	C.6.	bezpłatny	0 zł
112	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990477425	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	38,80	41,90	44,42	44,42	C.6.	bezpłatny	0 zł
113	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990477432	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	94,50	102,06	108,18	108,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
114	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990035946	<1>2023-03-01/<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1057.0, Cetuximab	3545,00	3828,60	4058,32	4058,30	<1>C.95.a.; <2>C.95.b.	bezpłatny	0 zł
115	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2023-03-01/<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1057.0, Cetuximab	709,00	765,72	811,66	811,66	<1>C.95.a.; <2>C.95.b.	bezpłatny	0 zł
116	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2022-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	71,00	76,68	81,28	81,28	C.8.	bezpłatny	0 zł
117	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	110,00	118,80	125,93	125,93	C.10.	bezpłatny	0 zł
118	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.a 100 ml	05909990958535	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	66,00	71,28	75,56	75,56	C.11.	bezpłatny	0 zł
119	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990958481	2022-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	8,36	9,03	9,57	7,56	C.11.	bezpłatny	0 zł
120	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990958504	2022-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	39,00	42,12	44,65	37,78	C.11.	bezpłatny	0 zł
121	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990838745	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	8,00	8,64	9,18	7,56	C.11.	bezpłatny	0 zł
122	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990894772	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	58,00	62,64	66,40	66,40	C.11.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
123	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990838769	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	39,00	42,12	44,65	37,78	C.11.	bezpłatny	0 zł
124	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990713417	2022-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	703,45	759,73	805,31	805,31	C.12.	bezpłatny	0 zł
125	Clofarabinum	Clofarabine Norameda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991385569	2022-07-01	3 lata	1111.0, Klofarabina	2460,00	2656,80	2816,21	2816,21	C.66.a.; C.66.b.	bezpłatny	0 zł
126	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	07622436113142	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	38,16	41,21	43,69	43,68	C.13.	bezpłatny	0 zł
127	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07622436113159	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	76,32	82,43	87,37	87,36	C.13.	bezpłatny	0 zł
128	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 5 ml	07622436113135	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	19,08	20,61	21,84	21,84	C.13.	bezpłatny	0 zł
129	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol.	05909990241019	2022-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	50,89	54,96	58,26	43,68	C.13.	bezpłatny	0 zł
130	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg	1 fiol.	05909990240913	2022-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	13,50	14,58	15,45	8,74	C.13.	bezpłatny	0 zł
131	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990240814	2022-01-01	3 lata	1010.2, Cyclophosphamidum p.o.	67,15	72,52	76,87	76,87	C.13.	bezpłatny	0 zł
132	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990640188	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	7,80	8,42	8,96	8,96	C.14.	bezpłatny	0 zł
133	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990181216	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	39,00	42,12	44,65	44,65	C.14.	bezpłatny	0 zł
134	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990181223	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	78,00	84,24	89,29	89,29	C.14.	bezpłatny	0 zł
135	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990624935	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	156,00	168,48	178,59	178,59	C.14.	bezpłatny	0 zł
136	Dacarbazinum	Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg	10 fiol.po 100 mg	05909991029500	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	168,00	181,44	192,33	183,16	C.16.	bezpłatny	0 zł
137	Dacarbazinum	Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 1000 mg	05909991029807	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	160,00	172,80	183,17	183,16	C.16.	bezpłatny	0 zł
138	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fiol.po 200 mg	05909991029609	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	320,00	345,60	366,34	366,32	C.16.	bezpłatny	0 zł
139	Dacarbazinum	Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 500 mg	05909991029708	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	80,00	86,40	91,58	91,58	C.16.	bezpłatny	0 zł
140	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990739035	2024-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
141	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2024-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
142	Dasatinibum	Daruph, tabl. powl., 111 mg	30 szt.	08594739302136	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
143	Dasatinibum	Daruph, tabl. powl., 16 mg	60 szt.	08594739302143	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
144	Dasatinibum	Daruph, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	08594739302259	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
145	Dasatinibum	Daruph, tabl. powl., 63 mg	30 szt.	08594739302242	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
146	Dasatinibum	Daruph, tabl. powl., 79 mg	30 szt.	08594739264151	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
147	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991419943	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3510,00	3790,80	4018,25	4018,25	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
148	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909991419950	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	4914,00	5307,12	5625,55	5625,55	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
149	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991419790	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1404,00	1516,32	1607,30	1607,30	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
150	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991419875	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3510,00	3790,80	4018,25	4018,25	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
151	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991419929	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	2808,00	3032,64	3214,60	3214,60	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
152	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	07613421021856	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2760,00	2980,80	3159,65	3159,65	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
153	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	07613421021863	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3864,00	4173,12	4423,51	4423,51	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
154	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	07613421021825	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1104,00	1192,32	1263,86	1263,86	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
155	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	07613421021832	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2760,00	2980,80	3159,65	3159,65	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
156	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	07613421021849	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2208,00	2384,64	2527,72	2527,72	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
157	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991472320	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3250,00	3510,00	3720,60	3720,60	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
158	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909991472337	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	4550,00	4914,00	5208,84	5208,84	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
159	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991472283	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1300,00	1404,00	1488,24	1488,24	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
160	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991472290	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3250,00	3510,00	3720,60	3720,60	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
161	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991472313	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2600,00	2808,00	2976,48	2976,48	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
162	Daunorubicini hydrochloridum + Cytarabinum	Vyxeos liposomal, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 44 + 100 mg	1 fiol.	00368727109827	2024-10-01	2 lata	1011.3, Daunorubicyna + Cytarabina	22110,00	23878,80	25311,53	25311,53	C.83.	bezpłatny	0 zł
163	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991386870	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3690,00	3985,20	4224,31	4224,31	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
164	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909991386900	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5166,00	5579,28	5914,04	5914,04	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
165	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991386733	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1476,00	1594,08	1689,72	1689,72	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
166	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991386764	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3690,00	3985,20	4224,31	4224,31	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
167	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991386825	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	2952,00	3188,16	3379,45	3379,45	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
168	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991418779	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3750,00	4050,00	4293,00	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
169	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909991418793	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5250,00	5670,00	6010,20	6010,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
170	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991418670	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
171	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991418687	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3750,00	4050,00	4293,00	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
172	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991418762	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
173	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990671601	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	12582,77	13589,39	14404,76	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
174	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909990818655	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	17615,88	19025,15	20166,66	6010,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
175	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990621323	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5033,11	5435,76	5761,91	1717,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
176	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990621354	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	12582,77	13589,39	14404,76	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
177	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990818631	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	10066,21	10871,51	11523,79	3434,40	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
178	Dexamethasoni phosphas	Demezon, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2023-09-01	3 lata	1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań	13,50	14,58	15,45	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
179	Dexamethasoni phosphas	Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml	5 amp. 1 ml	05907464420700	2024-07-01	3 lata	1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań	16,50	17,82	18,89	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
180	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 16 ml	05909990850280	2022-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	400,00	432,00	457,92	274,72	C.19.	bezpłatny	0 zł
181	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990777006	2022-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	50,00	54,00	57,24	34,34	C.19.	bezpłatny	0 zł
182	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990777020	2022-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	200,00	216,00	228,96	137,36	C.19.	bezpłatny	0 zł
183	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990994557	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	30,00	32,40	34,34	34,34	C.19.	bezpłatny	0 zł
184	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990994564	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	120,00	129,60	137,38	137,36	C.19.	bezpłatny	0 zł
185	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990994601	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	240,00	259,20	274,75	274,72	C.19.	bezpłatny	0 zł
186	Doxorubicini hydrochloridum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990471027	2022-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	34,00	36,72	38,92	38,92	C.20.	bezpłatny	0 zł
187	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990429011	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	8,00	8,64	9,18	7,78	C.20.	bezpłatny	0 zł
188	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990614837	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	76,00	82,08	87,00	77,84	C.20.	bezpłatny	0 zł
189	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990614844	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	152,00	164,16	174,01	155,68	C.20.	bezpłatny	0 zł
190	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 25 ml	05909990429028	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	38,00	41,04	43,50	38,92	C.20.	bezpłatny	0 zł
191	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990851409	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	112,00	120,96	128,22	128,22	C.20.	bezpłatny	0 zł
192	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990851386	2022-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	9,40	10,15	10,76	7,78	C.20.	bezpłatny	0 zł
193	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991141882	2021-11-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	57,00	61,56	65,25	65,25	C.20.	bezpłatny	0 zł
194	Doxorubicini hydrochloridum	Zolsketil pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania dyspersji do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05055565781623	2023-05-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	930,00	1004,40	1064,66	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
195	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990983018	2022-03-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1354,50	1462,86	1550,63	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
196	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990983032	2024-07-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	2325,00	2511,00	2661,66	2661,65	C.22.	bezpłatny	0 zł
197	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990851393	2024-04-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	42,00	45,36	48,08	38,92	C.20.	bezpłatny	0 zł
198	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>2024-01-01	<1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	3315,00	3580,20	3795,01	3795,01	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł
199	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991104344	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	500,00	540,00	572,40	526,60	C.23.	bezpłatny	0 zł
200	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991104320	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	125,00	135,00	143,10	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
201	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991104313	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	25,00	27,00	28,62	26,33	C.23.	bezpłatny	0 zł
202	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991104337	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	250,00	270,00	286,20	263,30	C.23.	bezpłatny	0 zł
203	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990796397	2022-03-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	115,00	124,20	131,65	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
204	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990796373	2021-11-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	23,00	24,84	26,33	26,33	C.23.	bezpłatny	0 zł
205	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991029869	2023-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	230,00	248,40	263,30	263,30	C.23.	bezpłatny	0 zł
206	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072477	2023-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	686,88	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
207	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991417680	2023-09-01	2 lata	1085.0, Erlotinib	650,00	702,00	744,12	744,12	C.81.	bezpłatny	0 zł
208	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909991417697	2023-09-01	2 lata	1085.0, Erlotinib	975,00	1053,00	1116,18	1116,18	C.81.	bezpłatny	0 zł
209	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990776115	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	19,00	20,52	21,75	16,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
210	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990776214	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	38,00	41,04	43,50	32,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
211	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990776313	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	76,00	82,08	87,00	63,99	C.24.	bezpłatny	0 zł
212	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 2,5 ml	05909990776016	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	11,40	12,31	13,05	8,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
213	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991233297	2022-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	27,90	30,13	31,94	31,94	C.24.	bezpłatny	0 zł
214	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991233303	2022-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	55,90	60,37	63,99	63,99	C.24.	bezpłatny	0 zł
215	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991198121	2023-03-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	19,00	20,52	21,75	16,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
216	Everolimusum	Afinitor, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990711598	<1>2024-07-01/<2>2023-11-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	12000,00	12960,00	13737,60	8414,28	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
217	Everolimusum	Afinitor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990711567	<1>2024-07-01/<2>2023-11-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	8620,00	9309,60	9868,18	4207,14	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
218	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2022-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	7350,00	7938,00	8414,28	8414,28	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
219	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2022-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	3675,00	3969,00	4207,14	4207,14	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
220	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991372538	<1>2024-07-01<2>2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
221	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991372514	<1>2024-07-01<2>2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
222	Everolimusum	Everolimus Vipharm, tabl., 10 mg	30 szt.	05901812161307	<1>2024-10-01/<2>2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
223	Everolimusum	Everolimus Vipharm, tabl., 5 mg	30 szt.	05901812161277	<1>2024-10-01/<2>2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
224	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	53,00	57,24	60,67	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
225	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	265,00	286,20	303,37	294,38	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
226	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	84,80	91,58	97,08	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
227	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	424,00	457,92	485,40	471,00	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
228	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687763	2022-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	75,30	81,32	86,21	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
229	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687787	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	203,19	219,45	232,61	232,61	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
230	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687800	2022-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	106,96	115,52	122,45	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
231	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687848	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	325,16	351,17	372,24	372,24	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
232	Fludarabini phosphas	Fludara Oral, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909991183325	2022-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1439,00	1554,12	1647,37	1647,37	C.25.	bezpłatny	0 zł
233	Fluorouracilum	5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990450633	2022-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	13,49	14,57	15,44	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
234	Fluorouracilum	5-Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 500 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990336258	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	67,00	72,36	76,70	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
235	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990774784	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	5,60	6,05	6,59	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
236	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990774807	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	56,00	60,48	64,11	64,11	C.26.	bezpłatny	0 zł
237	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990774791	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	11,20	12,10	12,82	12,82	C.26.	bezpłatny	0 zł
238	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990477814	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,90	7,45	7,99	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
239	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990478019	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	67,00	72,36	76,70	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
240	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990477913	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	13,30	14,36	15,23	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
241	Fulvestrantum	Fulvestrant EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991411022	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł
242	Fulvestrantum	Fulvestrant Stada, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991422189	2024-10-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł
243	Fulvestrantum	Fulvestrant SUN, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991389765	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	460,00	496,80	526,61	526,61	C.27.	bezpłatny	0 zł
244	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipharm, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	1 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161871	2022-03-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	235,00	253,80	269,03	269,03	C.27.	bezpłatny	0 zł
245	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipharm, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161888	2022-03-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
246	Fulvestrantum	Fulwestrant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991399221	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	478,00	516,24	547,21	547,21	C.27.	bezpłatny	0 zł
247	Gefitynibum	Gefitinib Accord, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2024-10-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	900,00	972,00	1030,32	1030,32	C.80.	bezpłatny	0 zł
248	Gefitynibum	Gefitinib Sandoz, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	07613421021696	2022-11-01	2 lata	1087.0, Gefitynibum	1000,00	1080,00	1144,80	1030,32	C.80.	bezpłatny	0 zł
249	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990976089	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	75,00	81,00	85,86	85,86	C.28.	bezpłatny	0 zł
250	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990976072	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	16,50	17,82	18,89	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
251	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990976102	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	150,00	162,00	171,72	171,72	C.28.	bezpłatny	0 zł
252	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990871032	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	95,00	102,60	108,76	94,45	C.28.	bezpłatny	0 zł
253	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990870998	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	25,00	27,00	28,62	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
254	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990871049	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	190,00	205,20	217,51	188,90	C.28.	bezpłatny	0 zł
255	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 kaps. w butelce	05909990836758	2022-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
256	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2022-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
257	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	05909990241118	2022-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	111,50	120,42	127,65	115,34	C.31.	bezpłatny	0 zł
258	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	05909990241217	2022-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	201,50	217,62	230,68	230,68	C.31.	bezpłatny	0 zł
259	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05055565726983	<1><2><3>2023-09-01/<4>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	200,00	216,00	228,96	228,96	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
260	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05055565726990	<1><2><3>2023-09-01/<4>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	400,00	432,00	457,92	457,92	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
261	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2024-01-01/<3>2024-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	237,50	256,50	271,89	271,89	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
262	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2024-01-01/<3>2024-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	475,00	513,00	543,78	543,78	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
263	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2024-01-01/<3>2024-10-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	260,00	280,80	297,65	271,89	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
264	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2024-01-01/<3>2024-10-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	520,00	561,60	595,30	543,78	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
265	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05055565731345	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	150,00	162,00	171,72	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
266	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05055565731321	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	20,00	21,60	22,90	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
267	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05055565731352	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	250,00	270,00	286,20	242,32	C.35.	bezpłatny	0 zł
268	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05055565731338	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	50,00	54,00	57,24	48,46	C.35.	bezpłatny	0 zł
269	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990796946	2022-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	127,00	137,16	145,39	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
270	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990726943	2022-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	18,80	20,30	21,52	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
271	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990796953	2022-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.35.	bezpłatny	0 zł
272	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990726950	2022-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	41,50	44,82	47,51	47,51	C.35.	bezpłatny	0 zł
273	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	4117,56	4446,96	4713,78	4713,78	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
274	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094416	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	2478,35	2676,62	2837,21	2514,16	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
275	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	3294,24	3557,78	3771,24	3771,24	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
276	Lapatynibum	Brastib, tabl. powl., 250 mg	140 szt.	05909991507831	2024-01-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	C.96.	bezpłatny	0 zł
277	Lapatynibum	Brastib, tabl. powl., 250 mg	70 szt.	05909991507817	2024-01-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	C.96.	bezpłatny	0 zł
278	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	140 szt.	05909990851973	2023-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	5979,16	6457,49	6844,94	4579,20	C.96.	bezpłatny	0 zł
279	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	70 szt.	05909990851966	2023-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2989,58	3228,75	3422,47	2289,60	C.96.	bezpłatny	0 zł
280	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991466206	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1038,00	1121,04	1188,30	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
281	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991450946	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1557,00	1681,56	1782,45	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
282	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 20 mg	21 szt.	05909991450953	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2076,00	2242,08	2376,60	1373,76	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
283	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991450960	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2595,00	2802,60	2970,76	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
284	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991466220	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	519,00	560,52	594,15	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
285	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05055565770863	<1>2024-07-01/<2>2022-05-01/<3>2023-01-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
286	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05055565770870	<1>2024-07-01/<2>2023-01-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
287	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05055565770887	<1>2024-07-01/<2>2023-01-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
288	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05055565770856	<1>2024-07-01/<2>2022-05-01/<3>2023-01-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
289	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991472115	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
290	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991472207	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
291	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991472245	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
292	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991472092	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
293	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991425135	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
294	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991425159	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
295	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991425197	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
296	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991425098	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
297	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	03838989737627	<1>2024-07-01<2>2022-05-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
298	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	03838989737634	<1>2024-07-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
299	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	03838989737641	<1>2024-07-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
300	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	03838989737658	<1>2024-07-01<2>2022-05-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	300,00	324,00	343,44	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
301	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991471965	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
302	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991471972	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
303	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991471996	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
304	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991471941	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
305	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05901797710910	<1>2024-07-01<2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	945,00	1020,60	1081,84	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
306	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05901797710996	<1>2024-07-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1417,50	1530,90	1622,75	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
307	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05901797710934	<1>2024-07-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2362,50	2551,50	2704,59	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
308	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05901797710903	<1>2024-07-01<2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	472,50	510,30	540,92	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
309	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991451431	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
310	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991451455	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
311	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991451493	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
312	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991451394	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
313	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 10 mg	21 szt. (blister)	05909991470302	<1>2024-07-01/<2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
314	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 15 mg	21 szt. (blister)	05909991470319	<1>2024-07-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
315	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 25 mg	21 szt. (blister)	05909991470333	<1>2024-07-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
316	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 5 mg	21 szt. (blister)	05909991470258	<1>2024-07-01/<2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
317	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991480301	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
318	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991480318	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
319	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991480332	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
320	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991480288	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
321	Melphalanum	Alkeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2022-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	100,00	108,00	114,48	114,48	C.39.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
322	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	38,00	41,04	43,50	43,50	C.40.	bezpłatny	0 zł
323	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991392086	2022-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	138,94	150,06	159,06	159,06	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
324	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991438647	2024-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
325	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp.po 4 ml	05909990265831	2022-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	186,20	201,10	213,16	159,06	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
326	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990333936	2022-01-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	350,00	378,00	400,68	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł
327	Methotrexatum	Metotreksat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991333447	2022-09-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	262,50	283,50	300,51	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł
328	Mitotanum	Lysodren, tabl., 500 mg	100 szt.	05909990335237	2022-07-01	3 lata	1030.0, Mitotanum	2465,00	2662,20	2821,93	2821,93	C.43.	bezpłatny	0 zł
329	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.a 50 ml	07613421036027	2024-07-01	3 lata	1128.0, Nelarabina	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.73.	bezpłatny	0 zł
330	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	<1>2024-01-01/<2>2023-07-01	<1>1 rok 3 miesiące/<2>3 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	256,00	276,48	293,07	293,07	<1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
331	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2022-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	40,00	43,20	45,79	29,72	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
332	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2022-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	30,00	32,40	34,34	14,86	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
333	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2022-01-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	519,22	560,76	594,40	594,40	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
334	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2022-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1038,45	1121,53	1188,82	1188,82	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
335	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2022-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1557,67	1682,28	1783,22	1783,22	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
336	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
337	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2023-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	15,95	17,23	18,26	18,26	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
338	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2023-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	25,90	27,97	29,65	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
339	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990055197	2022-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	5,90	6,37	6,91	5,73	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
340	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	05909990055234	2022-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	10,00	10,80	11,45	11,45	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
341	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2022-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
342	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	28,50	30,78	32,63	18,26	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
343	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	45,90	49,57	52,54	36,52	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
344	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990798247	<1>2022-01-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1031.0, Oxaliplatinum	28,50	30,78	32,63	32,63	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
345	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990798254	<1>2022-01-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1031.0, Oxaliplatinum	57,00	61,56	65,25	65,25	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
346	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990827381	<1>2022-01-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1031.0, Oxaliplatinum	114,00	123,12	130,51	130,51	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
347	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990796151	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	29,50	31,86	33,77	32,63	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
348	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990796168	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	59,00	63,72	67,54	65,26	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
349	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	05909990827206	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	118,00	127,44	135,09	130,52	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
350	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990874361	2022-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	46,70	50,44	53,46	53,46	C.47.	bezpłatny	0 zł
351	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990874385	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	62,40	67,39	71,43	71,43	C.47.	bezpłatny	0 zł
352	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990874347	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,50	25,38	26,90	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
353	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990874408	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	125,00	135,00	143,10	143,10	C.47.	bezpłatny	0 zł
354	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990018390	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	100,00	108,00	114,48	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł
355	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990018406	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	103,04	C.47.	bezpłatny	0 zł
356	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990018383	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	30,00	32,40	34,34	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
357	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990018420	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	300,00	324,00	343,44	206,07	C.47.	bezpłatny	0 zł
358	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 16,7 ml	05909990840274	2024-04-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	60,00	64,80	68,69	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł
359	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990840267	2024-04-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,50	25,38	26,90	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
360	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990840281	2024-04-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	154,55	C.47.	bezpłatny	0 zł
361	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991037093	2022-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	240,00	259,20	274,75	274,75	C.47.	bezpłatny	0 zł
362	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991037086	2022-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	67,50	72,90	77,27	77,27	C.47.	bezpłatny	0 zł
363	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	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	C.94.	bezpłatny	0 zł
364	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	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.94.	bezpłatny	0 zł
365	Pegaspargasum	Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml	1 fiol. proszku	00642621070989	2023-05-01	3 lata	1033.0, Pegaspargasum	6669,50	7203,06	7635,24	7635,24	C.48.	bezpłatny	0 zł
366	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.0.10.	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
367	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2022-03-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1700,00	1836,00	1946,16	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
368	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	<1>2022-03-01/<2> <3>2024-04-01	<1>3 lata/<2> <3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
369	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	<1>2022-03-01/<2> <3>2024-04-01	<1>3 lata/<2> <3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
370	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	<1>2022-03-01/<2> <3>2024-04-01	<1>3 lata/<2> <3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
371	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991289362	2023-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
372	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol. proszku	05909991289379	2023-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	595,00	642,60	681,16	681,16	C.49.	bezpłatny	0 zł
373	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05055565768969	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	685,74	C.49.	bezpłatny	0 zł
374	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05055565768952	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
375	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05055565768976	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1372,62	C.49.	bezpłatny	0 zł
376	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991444174	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	598,00	645,84	684,59	684,59	C.49.	bezpłatny	0 zł
377	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991444167	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,50	129,06	136,80	136,80	C.49.	bezpłatny	0 zł
378	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991444181	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1198,00	1293,84	1371,47	1371,47	C.49.	bezpłatny	0 zł
379	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07613421047023	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	685,74	C.49.	bezpłatny	0 zł
380	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	07613421047016	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
381	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	07613421047030	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1372,62	C.49.	bezpłatny	0 zł
382	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909990728473	2024-07-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	17460,00	18856,80	19988,21	10820,65	C.71.	bezpłatny	0 zł
383	Pleryksafor	Plerixafor Accord, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05055565787977	2024-10-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	9452,00	10208,16	10820,65	10820,65	C.71.	bezpłatny	0 zł
384	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2024-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	600,00	648,00	686,88	684,02	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
385	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2023-11-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	673,14	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
386	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	1 but.po 105 ml	05901797710743	2023-03-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	597,50	645,30	684,02	684,02	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
387	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	675,43	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
388	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2024-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	673,14	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
389	Radium dichloridum Ra223	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL	1 fiol. 6 ml	05908229300176	2024-07-01	2 lata	1170.0, Dichlorek radu Ra-223	16416,00	17729,28	18793,04	18793,04	C.98.	bezpłatny	0 zł
390	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji dożylnych, 1,5 mg/ml	3 fiol.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	05909990943111	2022-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	639,00	690,12	731,53	731,53	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
391	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2023-11-01/<2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1097,86	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
392	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2023-11-01/<2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2744,65	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
393	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	<1><2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
394	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	<1><2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
395	Ropeginterferonum alfa-2b	Besremi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 250 µg/0,5 ml	1 wstrzyk.po 0,5 ml	09007653000976	2023-01-01	2 lata	1267.0, Ropeginterferon alfa-2b	6308,76	6813,46	7222,27	7222,27	C.85.	bezpłatny	0 zł
396	Sorafenib tosylate	Sorafenib Teva, tabl. powl., 200 mg	112 szt. (blister)	05909991423711	2022-01-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
397	Sorafenibum	Sorafenib Accord, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05055565785706	2024-01-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1805,00	1949,40	2066,36	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
398	Sorafenibum	Sorafenib G.L., tabl. powl., 200 mg	112 szt.	09008732012415	2022-03-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	1960,00	2116,80	2243,81	2243,81	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
399	Sorafenibum	Sorafenib Sandoz, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	07613421047009	2024-10-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
400	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909991459239	2022-11-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1078.0, Sorafenib	1820,00	1965,60	2083,54	2083,54	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.	bezpłatny	0 zł
401	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powl., 400 mg	56 szt.	05909991482954	2023-05-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1810,00	1954,80	2072,09	2072,09	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
402	Sorafenibum	Sorafenib Zentiva, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909991440145	2024-10-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	2797,00	3020,76	3202,01	2404,08	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
403	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05995327181592	<1><2><4>2022-05-01/<3>2024-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	900,00	972,00	1030,32	801,36	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
404	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05995327181608	<1><2><4>2022-05-01/<3>2024-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1800,00	1944,00	2060,64	1602,72	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
405	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05995327181615	<1>2022-05-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	3600,00	3888,00	4121,28	3205,44	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
406	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt. (butelka)	05055565775707	<1><2><4>2022-05-01/<3>2024-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1552,50	1676,70	1777,30	858,60	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
407	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg	30 szt. (butelka)	05055565775714	<1><2><4>2022-05-01/<3>2024-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3105,00	3353,40	3554,60	1717,20	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
408	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg	30 szt. (butelka)	05055565775721	<1>2022-05-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6210,00	6706,80	7109,21	3434,40	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
409	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991458515	<1><2><4>2022-07-01/<3>2024-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1250,00	1350,00	1431,00	801,36	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
410	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991458522	<1><2><4>2022-07-01/<3>2024-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	2500,00	2700,00	2862,00	1602,72	<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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
411	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991458539	<1>2022-07-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	4800,00	5184,00	5495,04	3205,44	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
412	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 12,5 mg	30 kaps.	03838989736668	2022-05-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	1612,50	1741,50	1845,99	858,60	C.88.a.; C.88.b.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
413	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 25 mg	30 kaps.	03838989736675	2022-05-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	3225,00	3483,00	3691,98	1717,20	C.88.a.; C.88.b.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
414	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 50 mg	30 kaps.	03838989736682	2022-05-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	6450,00	6966,00	7383,96	3434,40	C.88.a.	bezpłatny	0 zł
415	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991469580	2022-05-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	1508,80	1629,50	1727,28	801,36	C.88.a.; C.88.b.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
416	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991469597	2022-05-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	3017,00	3258,36	3453,86	1602,72	C.88.a.; C.88.b.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
417	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991469603	2022-05-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	4525,50	4887,54	5180,79	2404,08	C.88.a.; C.88.b.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
418	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991469610	2022-05-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	6034,00	6516,72	6907,72	3205,44	C.88.a.	bezpłatny	0 zł
419	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991465612	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1000,00	1080,00	1144,80	801,36	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
420	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991465643	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2000,00	2160,00	2289,60	1602,72	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
421	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991465704	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	4000,00	4320,00	4579,20	3205,44	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
422	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 12,5 mg	28 kaps.	05907626709261	<1><2><4>2022-05-01/<3>2024-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	801,36	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
423	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 25 mg	28 kaps.	05907626709278	<1><2><4>2022-05-01/<3>2024-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1602,72	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
424	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 50 mg	28 kaps.	05907626709292	<1>2022-05-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
425	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991436612	<1><2><4>2022-09-01/<3>2024-10-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	801,36	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
426	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991436643	<1><2><4>2022-09-01/<3>2024-10-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1602,72	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
427	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991436650	<1><2><4>2022-09-01/<3>2024-10-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
428	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991436681	<1>2022-09-01/<2>2024-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
429	Sunitinibum	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt. (blister)	05909991455262	<1><2><4>2022-05-01/<3>2024-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	801,36	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
430	Sunitinibum	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 25 mg	28 szt. (blister)	05909991455200	<1><2><4>2022-05-01/<3>2024-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1602,72	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
431	Sunitinibum	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991455330	<1>2022-05-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
432	Sunitinibum	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt. (blister)	05909991419301	2022-05-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	1450,00	1566,00	1659,96	801,36	C.88.a.; C.88.b.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
433	Sunitinibum	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 25 mg	28 szt. (blister)	05909991419349	2022-05-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	2900,00	3132,00	3319,92	1602,72	C.88.a.; C.88.b.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
434	Sunitinibum	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991419479	2022-05-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	5800,00	6264,00	6639,84	3205,44	C.88.a.	bezpłatny	0 zł
435	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	13,20	14,26	15,11	15,11	C.52.	bezpłatny	0 zł
436	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05055565719350	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	194,60	C.64.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
437	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05055565719367	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	300,00	324,00	343,44	272,44	C.64.	bezpłatny	0 zł
438	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05055565719374	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	400,00	432,00	457,92	350,28	C.64.	bezpłatny	0 zł
439	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05055565719343	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	38,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
440	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05055565719381	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	550,00	594,00	629,64	486,50	C.64.	bezpłatny	0 zł
441	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05055565719336	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	9,73	C.64.	bezpłatny	0 zł
442	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 100 mg	5 szt.	05909991438449	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	208,33	225,00	238,50	194,60	C.64.	bezpłatny	0 zł
443	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 140 mg	5 szt.	05909991438456	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	291,67	315,00	333,90	272,44	C.64.	bezpłatny	0 zł
444	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 180 mg	5 szt.	05909991438463	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	375,00	405,00	429,30	350,28	C.64.	bezpłatny	0 zł
445	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 20 mg	5 szt.	05909991438432	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	41,67	45,00	47,70	38,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
446	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 250 mg	5 szt.	05909991438470	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	520,83	562,50	596,25	486,50	C.64.	bezpłatny	0 zł
447	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 5 mg	5 szt.	05909991438401	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,42	11,25	11,93	9,73	C.64.	bezpłatny	0 zł
448	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 100 mg	5 szt.	05909991288006	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	170,00	183,60	194,62	194,60	C.64.	bezpłatny	0 zł
449	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 140 mg	5 szt.	05909991288037	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	238,00	257,04	272,46	272,44	C.64.	bezpłatny	0 zł
450	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 180 mg	5 szt.	05909991288068	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	306,00	330,48	350,31	350,28	C.64.	bezpłatny	0 zł
451	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 20 mg	5 szt.	05909991287979	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	34,00	36,72	38,92	38,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
452	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 250 mg	5 szt.	05909991288099	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	425,00	459,00	486,54	486,50	C.64.	bezpłatny	0 zł
453	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 5 mg	5 szt.	05909991287948	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	8,50	9,18	9,73	9,73	C.64.	bezpłatny	0 zł
454	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp.	05909990080663	2023-11-01	3 lata	1150.0, Temsyrolimus	2518,00	2719,44	2882,61	2882,61	C.100.	bezpłatny	0 zł
455	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2022-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	372,00	401,76	425,87	425,87	C.56.	bezpłatny	0 zł
456	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	05909990984756	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	65,00	70,20	74,41	74,41	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
457	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	05909990984770	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	260,00	280,80	297,65	297,64	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
458	Trabectedinum	Trabectedin EVER PHARMA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909991516369	2024-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	1175,00	1269,00	1345,14	1345,14	C.93.	bezpłatny	0 zł
459	Trabectedinum	Trabectedin EVER PHARMA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909991516376	2024-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	4700,00	5076,00	5380,56	5380,56	C.93.	bezpłatny	0 zł
460	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909990635177	2022-09-01	3 lata	1088.0, Trabectedin	1641,81	1773,15	1879,55	1345,14	C.93.	bezpłatny	0 zł
461	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909990635184	2022-09-01	3 lata	1088.0, Trabectedin	6332,30	6838,88	7249,22	5380,56	C.93.	bezpłatny	0 zł
462	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05996537004107	2024-04-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	671,00	724,68	768,16	768,16	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
463	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05996537005050	2024-04-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	1878,80	2029,10	2150,85	2150,85	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
464	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	08715131016982	<1>2023-07-01/<2>2024-07-01/<3>2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	839,70	906,88	961,29	961,29	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
465	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	08715131016975	<1>2023-07-01/<2>2024-07-01/<3>2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2351,16	2539,25	2691,61	2691,61	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
466	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku 15 ml	05901797710415	2024-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	1157,00	1249,56	1324,53	961,29	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
467	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	2024-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2515,46	2716,70	2879,70	2691,61	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
468	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	<1><2>2024-10-01/<3>2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	780,00	842,40	892,94	892,94	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
469	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05415062346655	2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2610,00	2818,80	2987,93	2691,61	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
470	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05055565766378	<1><2>2024-01-01/<3>2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	830,00	896,40	950,18	950,18	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
471	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05055565775943	2024-01-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2324,00	2509,92	2660,52	2660,52	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
472	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990669493	2022-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	33,23	35,89	38,04	38,04	C.61.	bezpłatny	0 zł
473	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990669523	2022-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	133,64	144,33	152,99	152,99	C.61.	bezpłatny	0 zł
474	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909990945016	2022-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	156,81	169,35	179,52	133,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
475	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909990945115	2022-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	235,21	254,03	269,27	199,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
476	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	05909990573325	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	200,00	216,00	228,96	228,96	C.63.	bezpłatny	0 zł
477	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	05909990573349	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
478	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	05909990668045	2024-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	30,00	32,40	34,34	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
479	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909990668052	2024-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	150,00	162,00	171,72	114,50	C.63.	bezpłatny	0 zł
480	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05909991314439	2022-09-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	20,00	21,60	22,90	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
481	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991314446	2022-09-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	100,00	108,00	114,48	114,48	C.63.	bezpłatny	0 zł
482	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 20 mg	1 kaps.	05909991402365	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	116,40	125,71	133,25	133,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
483	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 30 mg	1 kaps.	05909991402389	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	174,60	188,57	199,89	199,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
484	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 80 mg	1 kaps.	05909991402402	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	465,60	502,85	533,02	533,00	C.63.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
485	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2022-09-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	125,73	135,79	143,93	125,93	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
486	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	165,00	178,20	188,89	188,89	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

Załącznik C.0.01.

ACIDUM LEVOFOLINICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ACIDUM LEVOFOLINICUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.02.

CALCII FOLINAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**CALCII FOLINAS**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.03.

DARBEPOETIN ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**DARBEPOETIN ALFA**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DARBEPOETIN ALFA**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.9	ZESPOŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Załącznik C.0.04.

EPOETINUM ALPHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**EPOETINUM ALPHA**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**EPOETINUM ALPHA**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**EPOETINUM ALPHA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**EPOETINUM ALPHA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**EPOETINUM ALPHA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**EPOETINUM ALPHA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**EPOETINUM ALPHA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**EPOETINUM ALPHA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**EPOETINUM ALPHA**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Załącznik C.0.06.

FILGRASTIMUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**FILGRASTIMUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.08.

MESNUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**MESNUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.09.

ONDANSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ONDANSETRONUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.10.

PEGFILGRASTIMUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	**PEGFILGRASTIMUM**	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIEJSZENIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ (W PRZYPADKU ZWIĘKSZONEGO RYZYKA WYSTĄPIENIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ) - U DOROSŁYCH PACJENTÓW, U KTÓRYCH Z POWODU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH (Z WYJĄTKIEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ I ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI

Załącznik C.0.11

RASBURICASUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**RASBURICASUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.12

APREPITANTUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**APREPITANTUM**	WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE >70 MG/M^2 – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.14.a.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	ZAPOBIEGANIE INWAZYJNYM ZAKAŻENIOM GRZYBICZYM U PACJENTÓW Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ LUB ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH

Załącznik C.0.14.b.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	– OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;

Załącznik C.0.14.c.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		NOWOTWORY LITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII

Załącznik C.0.15.

VORICONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**VORICONAZOLUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.16.a.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**	NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE ≥ 50 MG/M^2 – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.16.b.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**	WCZESNE LUB OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM ANTYBIOTYKU Z GRUPY ANTRACYKLIN I CYKLOFOSFAMIDU – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.17.

DEXAMETHASONI PHOSPHAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**DEXAMETHASONI PHOSPHAS**	PREMEDYKACJA PRZED PODANIEM PAKLITAKSELU W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA REAKCJI NADWRAŻLIWOŚCI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM

Załącznik C.2.

BICALUTAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BICALUTAMIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.3.

BLEOMYCIN SULPHATE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
88	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.0	SERCE
89	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
91	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
92	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.4	OPŁUCNA
93	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
94	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
95	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
96	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
98	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
99	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
100	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
101	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
102	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
103	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.1	ŻUCHWA
104	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
105	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
106	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
107	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
108	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
109	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
110	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
111	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
112	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
114	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
115	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
116	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
117	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
118	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
119	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
120	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
121	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.0	SKÓRA WARGI
122	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
123	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
124	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
125	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
126	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
127	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
128	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
129	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
130	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
131	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
132	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
133	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
134	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
135	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
136	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
137	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
138	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
139	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
140	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.2	ŁECHTACZKA
141	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
142	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
143	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
144	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
145	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
146	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
147	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
148	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
149	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
150	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
151	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
152	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
153	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
154	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.3	PRZYMACICZA
155	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
156	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.7	INNE OKRESLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
157	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
158	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
159	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
160	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
161	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.0	NAPLETEK
162	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
163	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.2	TRZON PRĄCIA
164	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
165	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
166	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
167	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
168	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
169	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
170	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
171	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.0	NAJĄDRZE
172	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
173	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.2	MOSZNA
174	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
175	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
176	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
177	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
178	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
179	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
180	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
181	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
182	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
183	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
184	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.6	MÓŻDŻEK
185	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
186	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
187	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
188	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
189	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
190	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
191	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.2	BRZUCH
192	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.3	MIEDNICA
193	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
194	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
195	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
196	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
197	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
198	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
199	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
200	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
201	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
202	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
203	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
204	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
205	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
207	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81	CHOROBA HODGKINA
208	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
209	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
210	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
211	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
212	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
213	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
214	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
215	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
216	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
217	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
218	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
219	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
220	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
221	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
222	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
223	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
224	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY, (ROZLANY)
225	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
226	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
227	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
228	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
230	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
231	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
232	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
233	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
234	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
235	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
236	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
237	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
238	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
239	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
240	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
241	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
242	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
243	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
244	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
245	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
246	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
247	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
248	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
249	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
250	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
251	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
252	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
254	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
255	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
256	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
257	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
258	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
259	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
260	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
261	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
262	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
263	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
264	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
265	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
266	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
267	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
268	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
269	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
270	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
271	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
272	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
273	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
274	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
275	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
276	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
278	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
279	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
280	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
281	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
282	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
283	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
284	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
285	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
286	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
287	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
288	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
289	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
290	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
291	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
292	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
293	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
294	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
295	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
296	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
297	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
298	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
299	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
300	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03	CZERNIAK IN SITU
301	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
302	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
303	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
304	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
305	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
306	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
307	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
308	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
309	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
310	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
311	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D39.1	JAJNIK
312	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
313	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
314	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
315	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
316	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
317	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.4	OTRZEWNA
318	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.5	SKÓRA
319	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.6	SUTEK
320	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
321	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
322	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
323	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
324	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
325	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
326	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
327	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
328	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
329	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.4.

BUSULFANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BUSULFANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
2	**BUSULFANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
3	**BUSULFANUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
4	**BUSULFANUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
5	**BUSULFANUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
6	**BUSULFANUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
7	**BUSULFANUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
8	**BUSULFANUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
9	**BUSULFANUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
10	**BUSULFANUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11	**BUSULFANUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
12	**BUSULFANUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
13	**BUSULFANUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
14	**BUSULFANUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
15	**BUSULFANUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
16	**BUSULFANUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
17	**BUSULFANUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
18	**BUSULFANUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
19	**BUSULFANUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
20	**BUSULFANUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**BUSULFANUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
22	**BUSULFANUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.5.a.

CAPECITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CAPECITABINE**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	**CAPECITABINE**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
3.	**CAPECITABINE**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
4.	**CAPECITABINE**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
5.	**CAPECITABINE**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.5.b.

CAPECITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CAPECITABINE**	C00	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WARGI *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
2.	**CAPECITABINE**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
3.	**CAPECITABINE**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
4.	**CAPECITABINE**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
5.	**CAPECITABINE**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
6.	**CAPECITABINE**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
7.	**CAPECITABINE**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
8.	**CAPECITABINE**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
9.	**CAPECITABINE**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
10.	**CAPECITABINE**	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
11.	**CAPECITABINE**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
12.	**CAPECITABINE**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
13.	**CAPECITABINE**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
14.	**CAPECITABINE**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
15.	**CAPECITABINE**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
16.	**CAPECITABINE**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
17.	**CAPECITABINE**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
17.	**CAPECITABINE**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
18.	**CAPECITABINE**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
19.	**CAPECITABINE**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
20.	**CAPECITABINE**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
21.	**CAPECITABINE**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
22.	**CAPECITABINE**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
23.	**CAPECITABINE**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
24.	**CAPECITABINE**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH

Załącznik C.6.

CARBOPLATIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CARBOPLATIN**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**CARBOPLATIN**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	**CARBOPLATIN**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	**CARBOPLATIN**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
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 ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
14.	**CARBOPLATIN**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	**CARBOPLATIN**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	**CARBOPLATIN**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	**CARBOPLATIN**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18.	**CARBOPLATIN**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
19.	**CARBOPLATIN**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
20.	**CARBOPLATIN**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**CARBOPLATIN**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
22.	**CARBOPLATIN**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
23.	**CARBOPLATIN**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
24.	**CARBOPLATIN**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
25.	**CARBOPLATIN**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
26.	**CARBOPLATIN**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
27.	**CARBOPLATIN**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
28.	**CARBOPLATIN**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
29.	**CARBOPLATIN**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
30.	**CARBOPLATIN**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
31.	**CARBOPLATIN**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
32.	**CARBOPLATIN**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
33.	**CARBOPLATIN**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
34.	**CARBOPLATIN**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35.	**CARBOPLATIN**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
36.	**CARBOPLATIN**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
37.	**CARBOPLATIN**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
38.	**CARBOPLATIN**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
39.	**CARBOPLATIN**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
40.	**CARBOPLATIN**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
41.	**CARBOPLATIN**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
42.	**CARBOPLATIN**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**CARBOPLATIN**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
44.	**CARBOPLATIN**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
45.	**CARBOPLATIN**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
46.	**CARBOPLATIN**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
47.	**CARBOPLATIN**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
48.	**CARBOPLATIN**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
49.	**CARBOPLATIN**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
50.	**CARBOPLATIN**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
51.	**CARBOPLATIN**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
52.	**CARBOPLATIN**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
53.	**CARBOPLATIN**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
54.	**CARBOPLATIN**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
55.	**CARBOPLATIN**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
56.	**CARBOPLATIN**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
57.	**CARBOPLATIN**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
58.	**CARBOPLATIN**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
59.	**CARBOPLATIN**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
60.	**CARBOPLATIN**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
61.	**CARBOPLATIN**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
62.	**CARBOPLATIN**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
63.	**CARBOPLATIN**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
64.	**CARBOPLATIN**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65.	**CARBOPLATIN**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
66.	**CARBOPLATIN**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
67.	**CARBOPLATIN**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
68.	**CARBOPLATIN**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
69.	**CARBOPLATIN**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
70.	**CARBOPLATIN**	C81	CHOROBA HODGKINA
71.	**CARBOPLATIN**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
72.	**CARBOPLATIN**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
73.	**CARBOPLATIN**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74.	**CARBOPLATIN**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
75.	**CARBOPLATIN**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
76.	**CARBOPLATIN**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
77.	**CARBOPLATIN**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
78.	**CARBOPLATIN**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
79.	**CARBOPLATIN**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
80.	**CARBOPLATIN**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
81.	**CARBOPLATIN**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	**CARBOPLATIN**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83.	**CARBOPLATIN**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
84.	**CARBOPLATIN**	D00.2	ŻOŁĄDEK
85.	**CARBOPLATIN**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
86.	**CARBOPLATIN**	D03	CZERNIAK IN SITU
87.	**CARBOPLATIN**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88.	**CARBOPLATIN**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
89.	**CARBOPLATIN**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
90.	**CARBOPLATIN**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
91.	**CARBOPLATIN**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
92.	**CARBOPLATIN**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
93.	**CARBOPLATIN**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
94.	**CARBOPLATIN**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
95.	**CARBOPLATIN**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
96.	**CARBOPLATIN**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
97.	**CARBOPLATIN**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
98.	**CARBOPLATIN**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
99.	**CARBOPLATIN**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
100.	**CARBOPLATIN**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
101.	**CARBOPLATIN**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102.	**CARBOPLATIN**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
103.	**CARBOPLATIN**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
104.	**CARBOPLATIN**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
105.	**CARBOPLATIN**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
106.	**CARBOPLATIN**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
107.	**CARBOPLATIN**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
108.	**CARBOPLATIN**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
109.	**CARBOPLATIN**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
110.	**CARBOPLATIN**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
111.	**CARBOPLATIN**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
112.	**CARBOPLATIN**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
113.	**CARBOPLATIN**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
114.	**CARBOPLATIN**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
115.	**CARBOPLATIN**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
116.	**CARBOPLATIN**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
117.	**CARBOPLATIN**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
118.	**CARBOPLATIN**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
119.	**CARBOPLATIN**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
120.	**CARBOPLATIN**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
121.	**CARBOPLATIN**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
122.	**CARBOPLATIN**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
123.	**CARBOPLATIN**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/

Załącznik C.8.

CHLORAMBUCILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CHLORAMBUCILUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
2	**CHLORAMBUCILUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
3	**CHLORAMBUCILUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
4	**CHLORAMBUCILUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
5	**CHLORAMBUCILUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
6	**CHLORAMBUCILUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
7	**CHLORAMBUCILUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
8	**CHLORAMBUCILUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
9	**CHLORAMBUCILUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
10	**CHLORAMBUCILUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
11	**CHLORAMBUCILUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
12	**CHLORAMBUCILUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
13	**CHLORAMBUCILUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
14	**CHLORAMBUCILUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
15	**CHLORAMBUCILUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
16	**CHLORAMBUCILUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
17	**CHLORAMBUCILUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
18	**CHLORAMBUCILUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	**CHLORAMBUCILUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
20	**CHLORAMBUCILUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**CHLORAMBUCILUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
22	**CHLORAMBUCILUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
23	**CHLORAMBUCILUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
24	**CHLORAMBUCILUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
25	**CHLORAMBUCILUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26	**CHLORAMBUCILUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
27	**CHLORAMBUCILUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
28	**CHLORAMBUCILUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
29	**CHLORAMBUCILUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
30	**CHLORAMBUCILUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
31	**CHLORAMBUCILUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
32	**CHLORAMBUCILUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
33	**CHLORAMBUCILUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
34	**CHLORAMBUCILUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
35	**CHLORAMBUCILUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
36	**CHLORAMBUCILUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
37	**CHLORAMBUCILUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	**CHLORAMBUCILUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39	**CHLORAMBUCILUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
40	**CHLORAMBUCILUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
41	**CHLORAMBUCILUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
42	**CHLORAMBUCILUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CHLORAMBUCILUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
44	**CHLORAMBUCILUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
45	**CHLORAMBUCILUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
46	**CHLORAMBUCILUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
47	**CHLORAMBUCILUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.10.

CICLOSPORINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CICLOSPORINUM**	D61	INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
2	**CICLOSPORINUM**	D61.0	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA
3	**CICLOSPORINUM**	D61.1	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI
4	**CICLOSPORINUM**	D61.2	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	**CICLOSPORINUM**	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	**CICLOSPORINUM**	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	**CICLOSPORINUM**	D61.9	NIEOKRESLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA
8	**CICLOSPORINUM**	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
9	**CICLOSPORINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
10	**CICLOSPORINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
11	**CICLOSPORINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
12	**CICLOSPORINUM**	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
13	**CICLOSPORINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
14	**CICLOSPORINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
15	**CICLOSPORINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
16	**CICLOSPORINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.11.

CISPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CISPLATINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**CISPLATINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**CISPLATINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**CISPLATINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**CISPLATINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**CISPLATINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**CISPLATINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**CISPLATINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**CISPLATINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**CISPLATINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**CISPLATINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**CISPLATINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**CISPLATINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**CISPLATINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**CISPLATINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**CISPLATINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**CISPLATINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**CISPLATINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**CISPLATINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**CISPLATINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CISPLATINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CISPLATINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CISPLATINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CISPLATINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**CISPLATINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**CISPLATINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**CISPLATINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**CISPLATINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**CISPLATINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**CISPLATINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**CISPLATINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**CISPLATINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**CISPLATINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**CISPLATINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**CISPLATINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**CISPLATINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**CISPLATINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**CISPLATINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**CISPLATINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**CISPLATINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**CISPLATINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CISPLATINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**CISPLATINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**CISPLATINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
45	**CISPLATINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**CISPLATINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**CISPLATINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**CISPLATINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**CISPLATINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**CISPLATINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**CISPLATINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**CISPLATINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**CISPLATINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**CISPLATINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**CISPLATINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**CISPLATINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**CISPLATINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**CISPLATINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**CISPLATINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**CISPLATINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**CISPLATINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**CISPLATINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**CISPLATINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**CISPLATINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**CISPLATINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**CISPLATINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**CISPLATINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**CISPLATINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**CISPLATINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
70	**CISPLATINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**CISPLATINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**CISPLATINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**CISPLATINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**CISPLATINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**CISPLATINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**CISPLATINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**CISPLATINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**CISPLATINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**CISPLATINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**CISPLATINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**CISPLATINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**CISPLATINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**CISPLATINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**CISPLATINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**CISPLATINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**CISPLATINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**CISPLATINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	**CISPLATINUM**	C16.0	WPUST
89	**CISPLATINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90	**CISPLATINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	**CISPLATINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	**CISPLATINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93	**CISPLATINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
94	**CISPLATINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	**CISPLATINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	**CISPLATINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	**CISPLATINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	**CISPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99	**CISPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100	**CISPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101	**CISPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102	**CISPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	**CISPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	**CISPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	**CISPLATINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	**CISPLATINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	**CISPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	**CISPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	**CISPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	**CISPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	**CISPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	**CISPLATINUM**	C18.7	ESICA
113	**CISPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114	**CISPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	**CISPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**CISPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**CISPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	**CISPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
119	**CISPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	**CISPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	**CISPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**CISPLATINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**CISPLATINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**CISPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	**CISPLATINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	**CISPLATINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	**CISPLATINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	**CISPLATINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	**CISPLATINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	**CISPLATINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**CISPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**CISPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**CISPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**CISPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**CISPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**CISPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137	**CISPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	**CISPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	**CISPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	**CISPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	**CISPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	**CISPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
143	**CISPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	**CISPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	**CISPLATINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	**CISPLATINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	**CISPLATINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148	**CISPLATINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	**CISPLATINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	**CISPLATINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	**CISPLATINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152	**CISPLATINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	**CISPLATINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	**CISPLATINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	**CISPLATINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	**CISPLATINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	**CISPLATINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	**CISPLATINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	**CISPLATINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	**CISPLATINUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
161	**CISPLATINUM**	C32.0	GŁOŚNIA
162	**CISPLATINUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	**CISPLATINUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	**CISPLATINUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	**CISPLATINUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	**CISPLATINUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	**CISPLATINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
168	**CISPLATINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
169	**CISPLATINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
170	**CISPLATINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
171	**CISPLATINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
172	**CISPLATINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
173	**CISPLATINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
174	**CISPLATINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
175	**CISPLATINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
176	**CISPLATINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
177	**CISPLATINUM**	C38.0	SERCE
178	**CISPLATINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
179	**CISPLATINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
180	**CISPLATINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
181	**CISPLATINUM**	C38.4	OPŁUCNA
182	**CISPLATINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
183	**CISPLATINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
184	**CISPLATINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
185	**CISPLATINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
186	**CISPLATINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	**CISPLATINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
188	**CISPLATINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
189	**CISPLATINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
190	**CISPLATINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
191	**CISPLATINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
192	**CISPLATINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
193	**CISPLATINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
194	**CISPLATINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
195	**CISPLATINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
196	**CISPLATINUM**	C41.1	ŻUCHWA
197	**CISPLATINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
198	**CISPLATINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
199	**CISPLATINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
200	**CISPLATINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
201	**CISPLATINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
202	**CISPLATINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
203	**CISPLATINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
204	**CISPLATINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
205	**CISPLATINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
206	**CISPLATINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
207	**CISPLATINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
208	**CISPLATINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
209	**CISPLATINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
210	**CISPLATINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
211	**CISPLATINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
212	**CISPLATINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
213	**CISPLATINUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
214	**CISPLATINUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
215	**CISPLATINUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
216	**CISPLATINUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
217	**CISPLATINUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
218	**CISPLATINUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
219	**CISPLATINUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
220	**CISPLATINUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
221	**CISPLATINUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
222	**CISPLATINUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	**CISPLATINUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	**CISPLATINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	**CISPLATINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
226	**CISPLATINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
227	**CISPLATINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
228	**CISPLATINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
229	**CISPLATINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
230	**CISPLATINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
231	**CISPLATINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
232	**CISPLATINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
233	**CISPLATINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
234	**CISPLATINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
235	**CISPLATINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
236	**CISPLATINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
237	**CISPLATINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
238	**CISPLATINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
239	**CISPLATINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
240	**CISPLATINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
241	**CISPLATINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
242	**CISPLATINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
243	**CISPLATINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
244	**CISPLATINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
245	**CISPLATINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
246	**CISPLATINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
247	**CISPLATINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
248	**CISPLATINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
249	**CISPLATINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
250	**CISPLATINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
251	**CISPLATINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
252	**CISPLATINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
253	**CISPLATINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
254	**CISPLATINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
255	**CISPLATINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
256	**CISPLATINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
257	**CISPLATINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
258	**CISPLATINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
259	**CISPLATINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
260	**CISPLATINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
261	**CISPLATINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
262	**CISPLATINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
263	**CISPLATINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
264	**CISPLATINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
265	**CISPLATINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	**CISPLATINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	**CISPLATINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	**CISPLATINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
269	**CISPLATINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	**CISPLATINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	**CISPLATINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	**CISPLATINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
273	**CISPLATINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
274	**CISPLATINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
275	**CISPLATINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
276	**CISPLATINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
277	**CISPLATINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	**CISPLATINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	**CISPLATINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	**CISPLATINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
281	**CISPLATINUM**	C54.3	DNO MACICY
282	**CISPLATINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
283	**CISPLATINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
284	**CISPLATINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	**CISPLATINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	**CISPLATINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	**CISPLATINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	**CISPLATINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	**CISPLATINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
290	**CISPLATINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
291	**CISPLATINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
292	**CISPLATINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
293	**CISPLATINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294	**CISPLATINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295	**CISPLATINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	**CISPLATINUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
297	**CISPLATINUM**	C60.0	NAPLETEK
298	**CISPLATINUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
299	**CISPLATINUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
300	**CISPLATINUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
301	**CISPLATINUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
302	**CISPLATINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
303	**CISPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
304	**CISPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
305	**CISPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
306	**CISPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
307	**CISPLATINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
308	**CISPLATINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
309	**CISPLATINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
310	**CISPLATINUM**	C63.2	MOSZNA
311	**CISPLATINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
312	**CISPLATINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
313	**CISPLATINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
314	**CISPLATINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	**CISPLATINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	**CISPLATINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	**CISPLATINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
318	**CISPLATINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
319	**CISPLATINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
320	**CISPLATINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
321	**CISPLATINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
322	**CISPLATINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
323	**CISPLATINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
324	**CISPLATINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
325	**CISPLATINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
326	**CISPLATINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
327	**CISPLATINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
328	**CISPLATINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
329	**CISPLATINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
330	**CISPLATINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
331	**CISPLATINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
332	**CISPLATINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
333	**CISPLATINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
334	**CISPLATINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
335	**CISPLATINUM**	C69.1	ROGÓWKA
336	**CISPLATINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
337	**CISPLATINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
338	**CISPLATINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
339	**CISPLATINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
340	**CISPLATINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
341	**CISPLATINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
342	**CISPLATINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
343	**CISPLATINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
344	**CISPLATINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
345	**CISPLATINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
346	**CISPLATINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
347	**CISPLATINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
348	**CISPLATINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
349	**CISPLATINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
350	**CISPLATINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
351	**CISPLATINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
352	**CISPLATINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
353	**CISPLATINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
354	**CISPLATINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
355	**CISPLATINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
356	**CISPLATINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
357	**CISPLATINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
358	**CISPLATINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
359	**CISPLATINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
360	**CISPLATINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
361	**CISPLATINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
362	**CISPLATINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
363	**CISPLATINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
364	**CISPLATINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
365	**CISPLATINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
366	**CISPLATINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
367	**CISPLATINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
368	**CISPLATINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
369	**CISPLATINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
370	**CISPLATINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
371	**CISPLATINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
372	**CISPLATINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
373	**CISPLATINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
374	**CISPLATINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
375	**CISPLATINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
376	**CISPLATINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
377	**CISPLATINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
378	**CISPLATINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
379	**CISPLATINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
380	**CISPLATINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
381	**CISPLATINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
382	**CISPLATINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
383	**CISPLATINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
384	**CISPLATINUM**	C76.2	BRZUCH
385	**CISPLATINUM**	C76.3	MIEDNICA
386	**CISPLATINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
387	**CISPLATINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
388	**CISPLATINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	**CISPLATINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
390	**CISPLATINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
391	**CISPLATINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
392	**CISPLATINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
393	**CISPLATINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
394	**CISPLATINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
395	**CISPLATINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
396	**CISPLATINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
397	**CISPLATINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
398	**CISPLATINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
399	**CISPLATINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
400	**CISPLATINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
401	**CISPLATINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
402	**CISPLATINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
403	**CISPLATINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
404	**CISPLATINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
405	**CISPLATINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
406	**CISPLATINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
407	**CISPLATINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
408	**CISPLATINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
409	**CISPLATINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
410	**CISPLATINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
411	**CISPLATINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
412	**CISPLATINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
413	**CISPLATINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
414	**CISPLATINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
415	**CISPLATINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
416	**CISPLATINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
417	**CISPLATINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
418	**CISPLATINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
419	**CISPLATINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
420	**CISPLATINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
421	**CISPLATINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
422	**CISPLATINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
423	**CISPLATINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
424	**CISPLATINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
425	**CISPLATINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
426	**CISPLATINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
427	**CISPLATINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
428	**CISPLATINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
429	**CISPLATINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
430	**CISPLATINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
431	**CISPLATINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
432	**CISPLATINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
433	**CISPLATINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
434	**CISPLATINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
435	**CISPLATINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
436	**CISPLATINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
437	**CISPLATINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
438	**CISPLATINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
439	**CISPLATINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
440	**CISPLATINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
441	**CISPLATINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
442	**CISPLATINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
443	**CISPLATINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
444	**CISPLATINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
445	**CISPLATINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
446	**CISPLATINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
447	**CISPLATINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
448	**CISPLATINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
449	**CISPLATINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
450	**CISPLATINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
451	**CISPLATINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
452	**CISPLATINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
453	**CISPLATINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
454	**CISPLATINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
455	**CISPLATINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
456	**CISPLATINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
457	**CISPLATINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
458	**CISPLATINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
459	**CISPLATINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
460	**CISPLATINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
461	**CISPLATINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
462	**CISPLATINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
463	**CISPLATINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
464	**CISPLATINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
465	**CISPLATINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
466	**CISPLATINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
467	**CISPLATINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
468	**CISPLATINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
469	**CISPLATINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
470	**CISPLATINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
471	**CISPLATINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
472	**CISPLATINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
473	**CISPLATINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
474	**CISPLATINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
475	**CISPLATINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
476	**CISPLATINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
477	**CISPLATINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
478	**CISPLATINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
479	**CISPLATINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
480	**CISPLATINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
481	**CISPLATINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
482	**CISPLATINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
483	**CISPLATINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
484	**CISPLATINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
485	**CISPLATINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
486	**CISPLATINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
487	**CISPLATINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
488	**CISPLATINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
489	**CISPLATINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
490	**CISPLATINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
491	**CISPLATINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
492	**CISPLATINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
493	**CISPLATINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
494	**CISPLATINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
495	**CISPLATINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
496	**CISPLATINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
497	**CISPLATINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
498	**CISPLATINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
499	**CISPLATINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
500	**CISPLATINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
501	**CISPLATINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
502	**CISPLATINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
503	**CISPLATINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
504	**CISPLATINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
505	**CISPLATINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
506	**CISPLATINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
507	**CISPLATINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
508	**CISPLATINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
509	**CISPLATINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
510	**CISPLATINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
511	**CISPLATINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
512	**CISPLATINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
513	**CISPLATINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
514	**CISPLATINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
515	**CISPLATINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
516	**CISPLATINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
517	**CISPLATINUM**	D01.2	ODBYTNICA
518	**CISPLATINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
519	**CISPLATINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
520	**CISPLATINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
521	**CISPLATINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
522	**CISPLATINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
523	**CISPLATINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
524	**CISPLATINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
525	**CISPLATINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
526	**CISPLATINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
527	**CISPLATINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
528	**CISPLATINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
529	**CISPLATINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
530	**CISPLATINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
531	**CISPLATINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	**CISPLATINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
533	**CISPLATINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
534	**CISPLATINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
535	**CISPLATINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
536	**CISPLATINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
537	**CISPLATINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
538	**CISPLATINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
539	**CISPLATINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
540	**CISPLATINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
541	**CISPLATINUM**	D07.1	SROM
542	**CISPLATINUM**	D07.2	POCHWA
543	**CISPLATINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
544	**CISPLATINUM**	D07.4	PRĄCIE
545	**CISPLATINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
546	**CISPLATINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
547	**CISPLATINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
548	**CISPLATINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
549	**CISPLATINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
550	**CISPLATINUM**	D09.2	OKO
551	**CISPLATINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
552	**CISPLATINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
553	**CISPLATINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
554	**CISPLATINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
555	**CISPLATINUM**	D10.0	WARGA
556	**CISPLATINUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	**CISPLATINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
558	**CISPLATINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
559	**CISPLATINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
560	**CISPLATINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
561	**CISPLATINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
562	**CISPLATINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
563	**CISPLATINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
564	**CISPLATINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
565	**CISPLATINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
566	**CISPLATINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
567	**CISPLATINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
568	**CISPLATINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
569	**CISPLATINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
570	**CISPLATINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
571	**CISPLATINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
572	**CISPLATINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
573	**CISPLATINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
574	**CISPLATINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
575	**CISPLATINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
576	**CISPLATINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
577	**CISPLATINUM**	D12.8	ODBYTNICA
578	**CISPLATINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
579	**CISPLATINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
580	**CISPLATINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581	**CISPLATINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
582	**CISPLATINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
583	**CISPLATINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
584	**CISPLATINUM**	D13.4	WĄTROBA
585	**CISPLATINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
586	**CISPLATINUM**	D13.6	TRZUSTKA
587	**CISPLATINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
588	**CISPLATINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE 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	ŚRÓDPIERSIE
599	**CISPLATINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
600	**CISPLATINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
601	**CISPLATINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
602	**CISPLATINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
603	**CISPLATINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
604	**CISPLATINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
605	**CISPLATINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
606	**CISPLATINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
607	**CISPLATINUM**	D16.5	ŻUCHWA
608	**CISPLATINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
609	**CISPLATINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
610	**CISPLATINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
611	**CISPLATINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
612	**CISPLATINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
613	**CISPLATINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
614	**CISPLATINUM**	D20.1	OTRZEWNA
615	**CISPLATINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
616	**CISPLATINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
617	**CISPLATINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
618	**CISPLATINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
619	**CISPLATINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
620	**CISPLATINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
621	**CISPLATINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
622	**CISPLATINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
623	**CISPLATINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
624	**CISPLATINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
625	**CISPLATINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
626	**CISPLATINUM**	D28.0	SROM
627	**CISPLATINUM**	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
628	**CISPLATINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
629	**CISPLATINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
630	**CISPLATINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
631	**CISPLATINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	**CISPLATINUM**	D29.0	PRĄCIE
633	**CISPLATINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
634	**CISPLATINUM**	D29.2	JĄDRO
635	**CISPLATINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
636	**CISPLATINUM**	D29.4	MOSZNA
637	**CISPLATINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
638	**CISPLATINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
639	**CISPLATINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
640	**CISPLATINUM**	D30.0	NERKA
641	**CISPLATINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
642	**CISPLATINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
643	**CISPLATINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
644	**CISPLATINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
645	**CISPLATINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
646	**CISPLATINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
647	**CISPLATINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
648	**CISPLATINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
649	**CISPLATINUM**	D31.1	ROGÓWKA
650	**CISPLATINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
651	**CISPLATINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
652	**CISPLATINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
653	**CISPLATINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
654	**CISPLATINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
655	**CISPLATINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
656	**CISPLATINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
657	**CISPLATINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
658	**CISPLATINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
659	**CISPLATINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
660	**CISPLATINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
661	**CISPLATINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
662	**CISPLATINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
663	**CISPLATINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
664	**CISPLATINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
665	**CISPLATINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
666	**CISPLATINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
667	**CISPLATINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
668	**CISPLATINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
669	**CISPLATINUM**	D35.0	NADNERCZA
670	**CISPLATINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
671	**CISPLATINUM**	D35.2	PRZYSADKA
672	**CISPLATINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
673	**CISPLATINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
674	**CISPLATINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
675	**CISPLATINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
676	**CISPLATINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
677	**CISPLATINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
678	**CISPLATINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
679	**CISPLATINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
680	**CISPLATINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
681	**CISPLATINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
682	**CISPLATINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
683	**CISPLATINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
684	**CISPLATINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
685	**CISPLATINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
686	**CISPLATINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
687	**CISPLATINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
688	**CISPLATINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
689	**CISPLATINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
690	**CISPLATINUM**	D37.5	ODBYTNICA
691	**CISPLATINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
692	**CISPLATINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
693	**CISPLATINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
694	**CISPLATINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
695	**CISPLATINUM**	D38.0	KRTAŃ
696	**CISPLATINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
697	**CISPLATINUM**	D38.2	OPŁUCNA
698	**CISPLATINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
699	**CISPLATINUM**	D38.4	GRASICA
700	**CISPLATINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
701	**CISPLATINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
702	**CISPLATINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
703	**CISPLATINUM**	D39.0	MACICA
704	**CISPLATINUM**	D39.1	JAJNIK
705	**CISPLATINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
706	**CISPLATINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
707	**CISPLATINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
708	**CISPLATINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
709	**CISPLATINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
710	**CISPLATINUM**	D40.1	JĄDRO
711	**CISPLATINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
712	**CISPLATINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
713	**CISPLATINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
714	**CISPLATINUM**	D41.0	NERKA
715	**CISPLATINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
716	**CISPLATINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
717	**CISPLATINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
718	**CISPLATINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
719	**CISPLATINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
720	**CISPLATINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
721	**CISPLATINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
722	**CISPLATINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
723	**CISPLATINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
724	**CISPLATINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
725	**CISPLATINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
726	**CISPLATINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
727	**CISPLATINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
728	**CISPLATINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
729	**CISPLATINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
730	**CISPLATINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
731	**CISPLATINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
732	**CISPLATINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
733	**CISPLATINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
734	**CISPLATINUM**	D44.0	TARCZYCA
735	**CISPLATINUM**	D44.1	NADNERCZA
736	**CISPLATINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
737	**CISPLATINUM**	D44.3	PRZYSADKA
738	**CISPLATINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
739	**CISPLATINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
740	**CISPLATINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
741	**CISPLATINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
742	**CISPLATINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
743	**CISPLATINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
744	**CISPLATINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
745	**CISPLATINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	**CISPLATINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
747	**CISPLATINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
748	**CISPLATINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
749	**CISPLATINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
750	**CISPLATINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
751	**CISPLATINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
752	**CISPLATINUM**	D48.4	OTRZEWNA
753	**CISPLATINUM**	D48.5	SKÓRA
754	**CISPLATINUM**	D48.6	SUTEK
755	**CISPLATINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
756	**CISPLATINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
757	**CISPLATINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
758	**CISPLATINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
759	**CISPLATINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
760	**CISPLATINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
761	**CISPLATINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
762	**CISPLATINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
763	**CISPLATINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
764	**CISPLATINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
765	**CISPLATINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
766	**CISPLATINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.12.

CLADRIBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CLADRIBINUM**	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKOWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
2	**CLADRIBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
3	**CLADRIBINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
4	**CLADRIBINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
5	**CLADRIBINUM**	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
6	**CLADRIBINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
7	**CLADRIBINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
8	**CLADRIBINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
9	**CLADRIBINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
10	**CLADRIBINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
11	**CLADRIBINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
12	**CLADRIBINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
13	**CLADRIBINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
14	**CLADRIBINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
15	**CLADRIBINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**CLADRIBINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
17	**CLADRIBINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18	**CLADRIBINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
19	**CLADRIBINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
20	**CLADRIBINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
21	**CLADRIBINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
22	**CLADRIBINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23	**CLADRIBINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24	**CLADRIBINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
25	**CLADRIBINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
26	**CLADRIBINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
27	**CLADRIBINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
28	**CLADRIBINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
29	**CLADRIBINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
30	**CLADRIBINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
31	**CLADRIBINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
32	**CLADRIBINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
33	**CLADRIBINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
34	**CLADRIBINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
35	**CLADRIBINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36	**CLADRIBINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
37	**CLADRIBINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
38	**CLADRIBINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
39	**CLADRIBINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
40	**CLADRIBINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
41	**CLADRIBINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	**CLADRIBINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
43	**CLADRIBINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
44	**CLADRIBINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
45	**CLADRIBINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
46	**CLADRIBINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
47	**CLADRIBINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
48	**CLADRIBINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
49	**CLADRIBINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
50	**CLADRIBINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
51	**CLADRIBINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
52	**CLADRIBINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
53	**CLADRIBINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	**CLADRIBINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	**CLADRIBINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
56	**CLADRIBINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
57	**CLADRIBINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
58	**CLADRIBINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
59	**CLADRIBINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
60	**CLADRIBINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
61	**CLADRIBINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
62	**CLADRIBINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	**CLADRIBINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	**CLADRIBINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	**CLADRIBINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	**CLADRIBINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
67	**CLADRIBINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
68	**CLADRIBINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
69	**CLADRIBINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
70	**CLADRIBINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
71	**CLADRIBINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
72	**CLADRIBINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
73	**CLADRIBINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
74	**CLADRIBINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
75	**CLADRIBINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
76	**CLADRIBINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	**CLADRIBINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	**CLADRIBINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	**CLADRIBINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
80	**CLADRIBINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81	**CLADRIBINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
82	**CLADRIBINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
83	**CLADRIBINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
84	**CLADRIBINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
85	**CLADRIBINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
86	**CLADRIBINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
87	**CLADRIBINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88	**CLADRIBINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
89	**CLADRIBINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
90	**CLADRIBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ

Załącznik C.13.

CYKLOPHOSPHAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.0	WPUST
80	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.7	ESICA
104	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.0	SERCE
162	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA
166	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA
181	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
198	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
199	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
200	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
201	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
202	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
203	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
204	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
205	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
206	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
208	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
210	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
211	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
212	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
213	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
214	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
215	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
216	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
217	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
218	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
219	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
220	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
221	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
222	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
224	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
225	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
226	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
227	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
228	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
230	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
231	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
232	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
233	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
234	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
235	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
236	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
237	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
238	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
239	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
240	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
241	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
242	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
243	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
244	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
245	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
246	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
247	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
248	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
249	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
250	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
251	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
252	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
254	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
255	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
256	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
257	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
258	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
259	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.3	DNO MACICY
260	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
261	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
262	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
263	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
264	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
266	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
267	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
268	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
269	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
270	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
271	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
272	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
273	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
274	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
275	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.0	NAPLETEK
276	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
278	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
279	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
280	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
281	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
282	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
283	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
284	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
285	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
286	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
287	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
288	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.2	MOSZNA
289	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
290	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
291	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
292	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
293	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
294	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
295	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
300	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
303	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
304	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
305	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
306	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
307	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
308	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
309	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
310	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
311	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
312	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
313	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
314	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
315	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
316	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
317	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
318	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
319	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
320	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
321	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
322	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
323	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
324	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
326	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
327	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
328	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
329	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
330	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
331	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
332	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
333	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
334	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
335	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
336	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
337	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
338	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
339	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
340	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
341	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
342	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
343	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
344	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
345	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
346	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
347	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
349	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
350	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
351	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
352	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
353	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
354	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
355	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
356	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
357	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
358	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
359	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
367	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
368	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
369	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
370	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
372	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
373	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
374	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
375	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
376	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
377	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
378	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
379	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
380	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
381	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
382	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
383	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
384	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
385	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
386	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
387	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
388	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
389	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
390	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
391	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
392	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
394	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
395	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
396	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
397	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
398	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
399	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
400	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
401	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
402	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
403	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
404	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
405	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
406	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
407	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
408	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
409	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
410	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
411	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
412	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
413	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
414	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
415	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
417	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
418	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
419	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
420	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
421	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
422	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
423	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
424	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
425	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
426	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
427	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
428	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
429	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
430	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
431	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
432	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
433	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
434	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
435	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
436	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
437	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
438	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
439	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
441	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
442	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
443	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
444	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
445	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
446	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
447	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
448	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
449	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
450	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
451	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
452	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
453	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
454	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
456	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
457	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
458	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
459	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
460	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
461	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
462	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
463	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
466	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
469	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
470	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
471	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
472	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
473	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
474	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
475	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
476	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
477	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
480	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
483	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
484	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
485	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
486	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
488	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
489	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
490	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
491	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
492	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
493	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
494	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
495	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
496	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
497	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
498	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
499	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
500	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
501	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
502	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
503	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
504	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
505	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
506	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
507	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
508	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
509	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
511	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
512	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
513	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
514	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
515	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
516	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
517	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
518	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.1	SROM
519	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.2	POCHWA
520	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
521	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.4	PRĄCIE
522	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
523	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
524	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
525	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
526	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
527	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.2	OKO
528	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
529	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
530	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
531	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
532	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.0	WARGA
533	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
535	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
536	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
537	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
538	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
539	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
540	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
541	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
542	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
543	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
544	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
545	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
546	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
547	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
548	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
549	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
550	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
551	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
552	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
553	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
554	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
555	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
556	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I 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	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
566	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
567	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
568	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14.1	KRTAŃ
569	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14.2	TCHAWICA
570	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
571	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
572	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
573	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.0	GRASICA
574	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.1	SERCE
575	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
576	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
577	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
578	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
579	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
580	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
581	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
582	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
583	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
584	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
585	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
586	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
587	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
588	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
589	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
592	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
593	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
594	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
595	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
596	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
597	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
598	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
599	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
600	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
601	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
602	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
603	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
604	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
605	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
606	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
607	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
608	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
609	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
610	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
611	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.0	SROM
612	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.1	POCHWA
613	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
614	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
617	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.0	PRĄCIE
618	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
619	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.2	JĄDRO
620	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
621	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.4	MOSZNA
622	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
623	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
624	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.0	NERKA
626	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
627	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
628	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
629	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
630	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
631	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
632	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
633	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
634	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
635	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
636	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
637	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
638	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
639	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
640	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
641	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
642	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
643	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
644	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
645	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
646	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
647	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
648	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
649	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
650	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
651	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
652	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
653	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
654	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.0	NADNERCZA
656	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
657	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.2	PRZYSADKA
658	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
659	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.4	SZYSZYNKA
660	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
661	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
662	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
664	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
665	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
666	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
667	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
668	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
669	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
670	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
671	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
673	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
674	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
675	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
676	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.5	ODBYTNICA
677	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
678	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
679	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
680	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
681	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.0	KRTAŃ
682	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
683	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
684	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
685	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.4	GRASICA
686	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
687	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
688	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
689	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39.0	MACICA
690	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39.1	JAJNIK
691	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
692	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
693	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
694	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
696	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.1	JĄDRO
697	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
698	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
699	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
700	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.0	NERKA
701	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
702	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.2	MOCZOWÓD
703	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
704	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
705	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
706	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
707	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
708	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
709	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
710	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
711	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
712	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
713	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
714	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
715	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
716	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
717	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
718	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
719	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
720	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.0	TARCZYCA
721	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.1	NADNERCZA
722	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
723	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.3	PRZYSADKA
724	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
725	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.5	SZYSZYNKA
726	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
727	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
728	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
729	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
730	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
731	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
732	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
733	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
734	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
735	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
736	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
737	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
738	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
739	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
761	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.14.

CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CYTARABINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
2	**CYTARABINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
3	**CYTARABINUM**	C69.1	ROGÓWKA
4	**CYTARABINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
5	**CYTARABINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
6	**CYTARABINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
7	**CYTARABINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
8	**CYTARABINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
9	**CYTARABINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
10	**CYTARABINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
11	**CYTARABINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
12	**CYTARABINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
13	**CYTARABINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
14	**CYTARABINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
15	**CYTARABINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
16	**CYTARABINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
17	**CYTARABINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
18	**CYTARABINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
19	**CYTARABINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
20	**CYTARABINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CYTARABINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
22	**CYTARABINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
23	**CYTARABINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
24	**CYTARABINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
25	**CYTARABINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
26	**CYTARABINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
27	**CYTARABINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
28	**CYTARABINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
29	**CYTARABINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
30	**CYTARABINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
31	**CYTARABINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
32	**CYTARABINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
33	**CYTARABINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
34	**CYTARABINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
35	**CYTARABINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
36	**CYTARABINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
37	**CYTARABINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
38	**CYTARABINUM**	C76.2	BRZUCH
39	**CYTARABINUM**	C76.3	MIEDNICA
40	**CYTARABINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
41	**CYTARABINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
42	**CYTARABINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CYTARABINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
44	**CYTARABINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
45	**CYTARABINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
46	**CYTARABINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
47	**CYTARABINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
48	**CYTARABINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
49	**CYTARABINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
50	**CYTARABINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
51	**CYTARABINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
52	**CYTARABINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
53	**CYTARABINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
54	**CYTARABINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
55	**CYTARABINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
56	**CYTARABINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
57	**CYTARABINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
58	**CYTARABINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
59	**CYTARABINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
60	**CYTARABINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
61	**CYTARABINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
62	**CYTARABINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
63	**CYTARABINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
64	**CYTARABINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65	**CYTARABINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
66	**CYTARABINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
67	**CYTARABINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
68	**CYTARABINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
69	**CYTARABINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
70	**CYTARABINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
71	**CYTARABINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
72	**CYTARABINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
73	**CYTARABINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74	**CYTARABINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
75	**CYTARABINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
76	**CYTARABINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
77	**CYTARABINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
78	**CYTARABINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
79	**CYTARABINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
80	**CYTARABINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
81	**CYTARABINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
82	**CYTARABINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
83	**CYTARABINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
84	**CYTARABINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
85	**CYTARABINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
86	**CYTARABINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
87	**CYTARABINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
88	**CYTARABINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
89	**CYTARABINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
90	**CYTARABINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
91	**CYTARABINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
92	**CYTARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
93	**CYTARABINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
94	**CYTARABINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
95	**CYTARABINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
96	**CYTARABINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
97	**CYTARABINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
98	**CYTARABINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
99	**CYTARABINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
100	**CYTARABINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
101	**CYTARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
102	**CYTARABINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
103	**CYTARABINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
104	**CYTARABINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
105	**CYTARABINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
106	**CYTARABINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
107	**CYTARABINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
108	**CYTARABINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
109	**CYTARABINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
110	**CYTARABINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
111	**CYTARABINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
112	**CYTARABINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	**CYTARABINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
114	**CYTARABINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
115	**CYTARABINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
116	**CYTARABINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
117	**CYTARABINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
118	**CYTARABINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
119	**CYTARABINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
120	**CYTARABINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
121	**CYTARABINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
122	**CYTARABINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
123	**CYTARABINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
124	**CYTARABINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
125	**CYTARABINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
126	**CYTARABINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
127	**CYTARABINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
128	**CYTARABINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
129	**CYTARABINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
130	**CYTARABINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
131	**CYTARABINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
132	**CYTARABINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
133	**CYTARABINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
134	**CYTARABINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
135	**CYTARABINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
136	**CYTARABINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
137	**CYTARABINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
138	**CYTARABINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
139	**CYTARABINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
140	**CYTARABINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
141	**CYTARABINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
142	**CYTARABINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
143	**CYTARABINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
144	**CYTARABINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
145	**CYTARABINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
146	**CYTARABINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
147	**CYTARABINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
148	**CYTARABINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
149	**CYTARABINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
150	**CYTARABINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
151	**CYTARABINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
152	**CYTARABINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
153	**CYTARABINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
154	**CYTARABINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.16.

DACARBAZINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DACARBAZINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**DACARBAZINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**DACARBAZINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**DACARBAZINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**DACARBAZINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**DACARBAZINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**DACARBAZINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**DACARBAZINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**DACARBAZINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**DACARBAZINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**DACARBAZINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**DACARBAZINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**DACARBAZINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**DACARBAZINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**DACARBAZINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**DACARBAZINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**DACARBAZINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**DACARBAZINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**DACARBAZINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**DACARBAZINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**DACARBAZINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**DACARBAZINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**DACARBAZINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**DACARBAZINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**DACARBAZINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**DACARBAZINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**DACARBAZINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**DACARBAZINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**DACARBAZINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**DACARBAZINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**DACARBAZINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**DACARBAZINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**DACARBAZINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**DACARBAZINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**DACARBAZINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**DACARBAZINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**DACARBAZINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**DACARBAZINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**DACARBAZINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**DACARBAZINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**DACARBAZINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**DACARBAZINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**DACARBAZINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**DACARBAZINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**DACARBAZINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**DACARBAZINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**DACARBAZINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**DACARBAZINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**DACARBAZINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**DACARBAZINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**DACARBAZINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**DACARBAZINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**DACARBAZINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**DACARBAZINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**DACARBAZINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**DACARBAZINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**DACARBAZINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**DACARBAZINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**DACARBAZINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**DACARBAZINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**DACARBAZINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**DACARBAZINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**DACARBAZINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**DACARBAZINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**DACARBAZINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**DACARBAZINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**DACARBAZINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**DACARBAZINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**DACARBAZINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**DACARBAZINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**DACARBAZINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**DACARBAZINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**DACARBAZINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**DACARBAZINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**DACARBAZINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**DACARBAZINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**DACARBAZINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**DACARBAZINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**DACARBAZINUM**	C16.0	WPUST
80	**DACARBAZINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**DACARBAZINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**DACARBAZINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**DACARBAZINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**DACARBAZINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**DACARBAZINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**DACARBAZINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**DACARBAZINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**DACARBAZINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**DACARBAZINUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**DACARBAZINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**DACARBAZINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**DACARBAZINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**DACARBAZINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**DACARBAZINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**DACARBAZINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	**DACARBAZINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**DACARBAZINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**DACARBAZINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**DACARBAZINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**DACARBAZINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**DACARBAZINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**DACARBAZINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**DACARBAZINUM**	C18.7	ESICA
104	**DACARBAZINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**DACARBAZINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**DACARBAZINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**DACARBAZINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**DACARBAZINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**DACARBAZINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**DACARBAZINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**DACARBAZINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**DACARBAZINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**DACARBAZINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**DACARBAZINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**DACARBAZINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**DACARBAZINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**DACARBAZINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**DACARBAZINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**DACARBAZINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**DACARBAZINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**DACARBAZINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**DACARBAZINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**DACARBAZINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**DACARBAZINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**DACARBAZINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**DACARBAZINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**DACARBAZINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**DACARBAZINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**DACARBAZINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**DACARBAZINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**DACARBAZINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**DACARBAZINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**DACARBAZINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**DACARBAZINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**DACARBAZINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**DACARBAZINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I 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 OPŁUCNEJ
153	**DACARBAZINUM**	C38.0	SERCE
154	**DACARBAZINUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
155	**DACARBAZINUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
156	**DACARBAZINUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
157	**DACARBAZINUM**	C38.4	OPŁUCNA
158	**DACARBAZINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
159	**DACARBAZINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
160	**DACARBAZINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**DACARBAZINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
162	**DACARBAZINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
163	**DACARBAZINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
164	**DACARBAZINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
165	**DACARBAZINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
166	**DACARBAZINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
167	**DACARBAZINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
168	**DACARBAZINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
169	**DACARBAZINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
170	**DACARBAZINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
171	**DACARBAZINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
172	**DACARBAZINUM**	C41.1	ŻUCHWA
173	**DACARBAZINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
174	**DACARBAZINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
175	**DACARBAZINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
176	**DACARBAZINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
177	**DACARBAZINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
178	**DACARBAZINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
179	**DACARBAZINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
180	**DACARBAZINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
181	**DACARBAZINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
182	**DACARBAZINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	**DACARBAZINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
184	**DACARBAZINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
185	**DACARBAZINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
186	**DACARBAZINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
187	**DACARBAZINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
188	**DACARBAZINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
189	**DACARBAZINUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
190	**DACARBAZINUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
191	**DACARBAZINUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
192	**DACARBAZINUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
193	**DACARBAZINUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
194	**DACARBAZINUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
195	**DACARBAZINUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
196	**DACARBAZINUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
197	**DACARBAZINUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
198	**DACARBAZINUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
199	**DACARBAZINUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
200	**DACARBAZINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
201	**DACARBAZINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
202	**DACARBAZINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
203	**DACARBAZINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
204	**DACARBAZINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
205	**DACARBAZINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	**DACARBAZINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
207	**DACARBAZINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
208	**DACARBAZINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	**DACARBAZINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
210	**DACARBAZINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
211	**DACARBAZINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
212	**DACARBAZINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
213	**DACARBAZINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
214	**DACARBAZINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
215	**DACARBAZINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
216	**DACARBAZINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
217	**DACARBAZINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
218	**DACARBAZINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
219	**DACARBAZINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
220	**DACARBAZINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
221	**DACARBAZINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
222	**DACARBAZINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
223	**DACARBAZINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
224	**DACARBAZINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
225	**DACARBAZINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
226	**DACARBAZINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
227	**DACARBAZINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	**DACARBAZINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
229	**DACARBAZINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
230	**DACARBAZINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
231	**DACARBAZINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
232	**DACARBAZINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
233	**DACARBAZINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
234	**DACARBAZINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
235	**DACARBAZINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
236	**DACARBAZINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
237	**DACARBAZINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
238	**DACARBAZINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
239	**DACARBAZINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
240	**DACARBAZINUM**	C54.3	DNO MACICY
241	**DACARBAZINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
242	**DACARBAZINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
243	**DACARBAZINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
244	**DACARBAZINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
245	**DACARBAZINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
246	**DACARBAZINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
247	**DACARBAZINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
248	**DACARBAZINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
249	**DACARBAZINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
250	**DACARBAZINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
251	**DACARBAZINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	**DACARBAZINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
253	**DACARBAZINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
254	**DACARBAZINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	**DACARBAZINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	**DACARBAZINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	**DACARBAZINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	**DACARBAZINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	**DACARBAZINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
260	**DACARBAZINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
261	**DACARBAZINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
262	**DACARBAZINUM**	C63.2	MOSZNA
263	**DACARBAZINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
264	**DACARBAZINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	**DACARBAZINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
266	**DACARBAZINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	**DACARBAZINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	**DACARBAZINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	**DACARBAZINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
270	**DACARBAZINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
271	**DACARBAZINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
272	**DACARBAZINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
273	**DACARBAZINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
274	**DACARBAZINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
275	**DACARBAZINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	**DACARBAZINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
277	**DACARBAZINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
278	**DACARBAZINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
279	**DACARBAZINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
280	**DACARBAZINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
281	**DACARBAZINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
282	**DACARBAZINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
283	**DACARBAZINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
284	**DACARBAZINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
285	**DACARBAZINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
286	**DACARBAZINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
287	**DACARBAZINUM**	C69.1	ROGÓWKA
288	**DACARBAZINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
289	**DACARBAZINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
290	**DACARBAZINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
291	**DACARBAZINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
292	**DACARBAZINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
293	**DACARBAZINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
294	**DACARBAZINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
295	**DACARBAZINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
296	**DACARBAZINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
297	**DACARBAZINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
298	**DACARBAZINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
299	**DACARBAZINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	**DACARBAZINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
301	**DACARBAZINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
302	**DACARBAZINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
303	**DACARBAZINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
304	**DACARBAZINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
305	**DACARBAZINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
306	**DACARBAZINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
307	**DACARBAZINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	**DACARBAZINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	**DACARBAZINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	**DACARBAZINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
311	**DACARBAZINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
312	**DACARBAZINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
313	**DACARBAZINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
314	**DACARBAZINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
315	**DACARBAZINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
316	**DACARBAZINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
317	**DACARBAZINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
318	**DACARBAZINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
319	**DACARBAZINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
320	**DACARBAZINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
321	**DACARBAZINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
322	**DACARBAZINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
323	**DACARBAZINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
324	**DACARBAZINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
325	**DACARBAZINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
326	**DACARBAZINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
327	**DACARBAZINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
328	**DACARBAZINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
329	**DACARBAZINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
330	**DACARBAZINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
331	**DACARBAZINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
332	**DACARBAZINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
333	**DACARBAZINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
334	**DACARBAZINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
335	**DACARBAZINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
336	**DACARBAZINUM**	C76.2	BRZUCH
337	**DACARBAZINUM**	C76.3	MIEDNICA
338	**DACARBAZINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
339	**DACARBAZINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
340	**DACARBAZINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
341	**DACARBAZINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
342	**DACARBAZINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
343	**DACARBAZINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
344	**DACARBAZINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
345	**DACARBAZINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	**DACARBAZINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
347	**DACARBAZINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
348	**DACARBAZINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
349	**DACARBAZINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
350	**DACARBAZINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
351	**DACARBAZINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
352	**DACARBAZINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
353	**DACARBAZINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
354	**DACARBAZINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
355	**DACARBAZINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
356	**DACARBAZINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
357	**DACARBAZINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
358	**DACARBAZINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
359	**DACARBAZINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
360	**DACARBAZINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
361	**DACARBAZINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
362	**DACARBAZINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
363	**DACARBAZINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
364	**DACARBAZINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
365	**DACARBAZINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
366	**DACARBAZINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
367	**DACARBAZINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368	**DACARBAZINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
369	**DACARBAZINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
370	**DACARBAZINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371	**DACARBAZINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
372	**DACARBAZINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
373	**DACARBAZINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
374	**DACARBAZINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
375	**DACARBAZINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
376	**DACARBAZINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
377	**DACARBAZINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
378	**DACARBAZINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
379	**DACARBAZINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
380	**DACARBAZINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
381	**DACARBAZINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
382	**DACARBAZINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
383	**DACARBAZINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
384	**DACARBAZINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
385	**DACARBAZINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
386	**DACARBAZINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
387	**DACARBAZINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
388	**DACARBAZINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
389	**DACARBAZINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
390	**DACARBAZINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
391	**DACARBAZINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
392	**DACARBAZINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
393	**DACARBAZINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
394	**DACARBAZINUM**	C83.8	INNE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
395	**DACARBAZINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
396	**DACARBAZINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
397	**DACARBAZINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
398	**DACARBAZINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
399	**DACARBAZINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
400	**DACARBAZINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
401	**DACARBAZINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
402	**DACARBAZINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
403	**DACARBAZINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
404	**DACARBAZINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
405	**DACARBAZINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
406	**DACARBAZINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
407	**DACARBAZINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**DACARBAZINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
409	**DACARBAZINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
410	**DACARBAZINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
411	**DACARBAZINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
412	**DACARBAZINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
413	**DACARBAZINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
414	**DACARBAZINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	**DACARBAZINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
416	**DACARBAZINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
417	**DACARBAZINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
418	**DACARBAZINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
419	**DACARBAZINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
420	**DACARBAZINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
421	**DACARBAZINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
422	**DACARBAZINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
423	**DACARBAZINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
424	**DACARBAZINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
425	**DACARBAZINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
426	**DACARBAZINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
427	**DACARBAZINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
428	**DACARBAZINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
429	**DACARBAZINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
430	**DACARBAZINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
431	**DACARBAZINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
432	**DACARBAZINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
433	**DACARBAZINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
434	**DACARBAZINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
435	**DACARBAZINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
436	**DACARBAZINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
437	**DACARBAZINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
438	**DACARBAZINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	**DACARBAZINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
440	**DACARBAZINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
441	**DACARBAZINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
442	**DACARBAZINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
443	**DACARBAZINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
444	**DACARBAZINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
445	**DACARBAZINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
446	**DACARBAZINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
447	**DACARBAZINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
448	**DACARBAZINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
449	**DACARBAZINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
450	**DACARBAZINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
451	**DACARBAZINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
452	**DACARBAZINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
453	**DACARBAZINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
454	**DACARBAZINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
455	**DACARBAZINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
456	**DACARBAZINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
457	**DACARBAZINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
458	**DACARBAZINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
459	**DACARBAZINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
460	**DACARBAZINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
461	**DACARBAZINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
462	**DACARBAZINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
463	**DACARBAZINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
464	**DACARBAZINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
465	**DACARBAZINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
466	**DACARBAZINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
467	**DACARBAZINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468	**DACARBAZINUM**	D01.2	ODBYTNICA
469	**DACARBAZINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470	**DACARBAZINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
471	**DACARBAZINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
472	**DACARBAZINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
473	**DACARBAZINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
474	**DACARBAZINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
475	**DACARBAZINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
476	**DACARBAZINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
477	**DACARBAZINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
478	**DACARBAZINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
479	**DACARBAZINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
480	**DACARBAZINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
481	**DACARBAZINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
482	**DACARBAZINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
483	**DACARBAZINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
484	**DACARBAZINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
485	**DACARBAZINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
486	**DACARBAZINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
487	**DACARBAZINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
488	**DACARBAZINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
489	**DACARBAZINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
490	**DACARBAZINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
491	**DACARBAZINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
492	**DACARBAZINUM**	D07.1	SROM
493	**DACARBAZINUM**	D07.2	POCHWA
494	**DACARBAZINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
495	**DACARBAZINUM**	D07.4	PRĄCIE
496	**DACARBAZINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
497	**DACARBAZINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
498	**DACARBAZINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
499	**DACARBAZINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
500	**DACARBAZINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
501	**DACARBAZINUM**	D09.2	OKO
502	**DACARBAZINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
503	**DACARBAZINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
504	**DACARBAZINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
505	**DACARBAZINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
506	**DACARBAZINUM**	D10.0	WARGA
507	**DACARBAZINUM**	D10.1	JĘZYK
508	**DACARBAZINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	**DACARBAZINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
510	**DACARBAZINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
511	**DACARBAZINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
512	**DACARBAZINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
513	**DACARBAZINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
514	**DACARBAZINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
515	**DACARBAZINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
516	**DACARBAZINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
517	**DACARBAZINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
518	**DACARBAZINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
519	**DACARBAZINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
520	**DACARBAZINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
521	**DACARBAZINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
522	**DACARBAZINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
523	**DACARBAZINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
524	**DACARBAZINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
525	**DACARBAZINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
526	**DACARBAZINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
527	**DACARBAZINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
528	**DACARBAZINUM**	D12.8	ODBYTNICA
529	**DACARBAZINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
530	**DACARBAZINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
531	**DACARBAZINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	**DACARBAZINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
533	**DACARBAZINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
534	**DACARBAZINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
535	**DACARBAZINUM**	D13.4	WĄTROBA
536	**DACARBAZINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
537	**DACARBAZINUM**	D13.6	TRZUSTKA
538	**DACARBAZINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
539	**DACARBAZINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE 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	ŚRÓDPIERSIE
550	**DACARBAZINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
551	**DACARBAZINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
552	**DACARBAZINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
553	**DACARBAZINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
554	**DACARBAZINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
555	**DACARBAZINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
556	**DACARBAZINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
557	**DACARBAZINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
558	**DACARBAZINUM**	D16.5	ŻUCHWA
559	**DACARBAZINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
560	**DACARBAZINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
561	**DACARBAZINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
562	**DACARBAZINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
563	**DACARBAZINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	**DACARBAZINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	**DACARBAZINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	**DACARBAZINUM**	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	**DACARBAZINUM**	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
568	**DACARBAZINUM**	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	**DACARBAZINUM**	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	**DACARBAZINUM**	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	**DACARBAZINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	**DACARBAZINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	**DACARBAZINUM**	D20.1	OTRZEWNA
574	**DACARBAZINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
575	**DACARBAZINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
576	**DACARBAZINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
577	**DACARBAZINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
578	**DACARBAZINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
579	**DACARBAZINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
580	**DACARBAZINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
581	**DACARBAZINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
582	**DACARBAZINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
583	**DACARBAZINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
584	**DACARBAZINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
585	**DACARBAZINUM**	D28.0	SROM
586	**DACARBAZINUM**	D28.1	POCHWA
587	**DACARBAZINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
588	**DACARBAZINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
589	**DACARBAZINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
590	**DACARBAZINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
591	**DACARBAZINUM**	D29.0	PRĄCIE
592	**DACARBAZINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
593	**DACARBAZINUM**	D29.2	JĄDRO
594	**DACARBAZINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
595	**DACARBAZINUM**	D29.4	MOSZNA
596	**DACARBAZINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
597	**DACARBAZINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
598	**DACARBAZINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
599	**DACARBAZINUM**	D30.0	NERKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
600	**DACARBAZINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
601	**DACARBAZINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
602	**DACARBAZINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
603	**DACARBAZINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
604	**DACARBAZINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
605	**DACARBAZINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
606	**DACARBAZINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
607	**DACARBAZINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
608	**DACARBAZINUM**	D31.1	ROGÓWKA
609	**DACARBAZINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
610	**DACARBAZINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
611	**DACARBAZINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
612	**DACARBAZINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
613	**DACARBAZINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
614	**DACARBAZINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
615	**DACARBAZINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
616	**DACARBAZINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
617	**DACARBAZINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
618	**DACARBAZINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
619	**DACARBAZINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
620	**DACARBAZINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
621	**DACARBAZINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
622	**DACARBAZINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
623	**DACARBAZINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
624	**DACARBAZINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
625	**DACARBAZINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
626	**DACARBAZINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
627	**DACARBAZINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
628	**DACARBAZINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629	**DACARBAZINUM**	D35.0	NADNERCZA
630	**DACARBAZINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
631	**DACARBAZINUM**	D35.2	PRZYSADKA
632	**DACARBAZINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
633	**DACARBAZINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
634	**DACARBAZINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
635	**DACARBAZINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
636	**DACARBAZINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
637	**DACARBAZINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
638	**DACARBAZINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
639	**DACARBAZINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
640	**DACARBAZINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
641	**DACARBAZINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
642	**DACARBAZINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
643	**DACARBAZINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
644	**DACARBAZINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
645	**DACARBAZINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
646	**DACARBAZINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
647	**DACARBAZINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
648	**DACARBAZINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
649	**DACARBAZINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
650	**DACARBAZINUM**	D37.5	ODBYTNICA
651	**DACARBAZINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
652	**DACARBAZINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
653	**DACARBAZINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
654	**DACARBAZINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
655	**DACARBAZINUM**	D38.0	KRTAŃ
656	**DACARBAZINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
657	**DACARBAZINUM**	D38.2	OPŁUCNA
658	**DACARBAZINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
659	**DACARBAZINUM**	D38.4	GRASICA
660	**DACARBAZINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
661	**DACARBAZINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
662	**DACARBAZINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
663	**DACARBAZINUM**	D39.0	MACICA
664	**DACARBAZINUM**	D39.1	JAJNIK
665	**DACARBAZINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
666	**DACARBAZINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
667	**DACARBAZINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
668	**DACARBAZINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
669	**DACARBAZINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	**DACARBAZINUM**	D40.1	JĄDRO
671	**DACARBAZINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
672	**DACARBAZINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
673	**DACARBAZINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
674	**DACARBAZINUM**	D41.0	NERKA
675	**DACARBAZINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
676	**DACARBAZINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
677	**DACARBAZINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
678	**DACARBAZINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
679	**DACARBAZINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
680	**DACARBAZINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
681	**DACARBAZINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
682	**DACARBAZINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
683	**DACARBAZINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
684	**DACARBAZINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
685	**DACARBAZINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
686	**DACARBAZINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
687	**DACARBAZINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
688	**DACARBAZINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
689	**DACARBAZINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
690	**DACARBAZINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
691	**DACARBAZINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
692	**DACARBAZINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
693	**DACARBAZINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
694	**DACARBAZINUM**	D44.0	TARCZYCA
695	**DACARBAZINUM**	D44.1	NADNERCZA
696	**DACARBAZINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
697	**DACARBAZINUM**	D44.3	PRZYSADKA
698	**DACARBAZINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
699	**DACARBAZINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
700	**DACARBAZINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
701	**DACARBAZINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
702	**DACARBAZINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
703	**DACARBAZINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
704	**DACARBAZINUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
705	**DACARBAZINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
706	**DACARBAZINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
707	**DACARBAZINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
708	**DACARBAZINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
709	**DACARBAZINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
710	**DACARBAZINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
711	**DACARBAZINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
712	**DACARBAZINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
713	**DACARBAZINUM**	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, 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	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
738	**DACARBAZINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
739	**DACARBAZINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.19.

DOCETAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DOCETAXELUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**DOCETAXELUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**DOCETAXELUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**DOCETAXELUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**DOCETAXELUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**DOCETAXELUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**DOCETAXELUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**DOCETAXELUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**DOCETAXELUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**DOCETAXELUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**DOCETAXELUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**DOCETAXELUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**DOCETAXELUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**DOCETAXELUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**DOCETAXELUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**DOCETAXELUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**DOCETAXELUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**DOCETAXELUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**DOCETAXELUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**DOCETAXELUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**DOCETAXELUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	**DOCETAXELUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**DOCETAXELUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**DOCETAXELUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**DOCETAXELUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**DOCETAXELUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**DOCETAXELUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**DOCETAXELUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**DOCETAXELUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**DOCETAXELUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**DOCETAXELUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**DOCETAXELUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**DOCETAXELUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**DOCETAXELUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**DOCETAXELUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**DOCETAXELUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**DOCETAXELUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**DOCETAXELUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**DOCETAXELUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**DOCETAXELUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**DOCETAXELUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**DOCETAXELUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**DOCETAXELUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**DOCETAXELUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**DOCETAXELUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**DOCETAXELUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**DOCETAXELUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	**DOCETAXELUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**DOCETAXELUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**DOCETAXELUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**DOCETAXELUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**DOCETAXELUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**DOCETAXELUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**DOCETAXELUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**DOCETAXELUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**DOCETAXELUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**DOCETAXELUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**DOCETAXELUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**DOCETAXELUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**DOCETAXELUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**DOCETAXELUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**DOCETAXELUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**DOCETAXELUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**DOCETAXELUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**DOCETAXELUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**DOCETAXELUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**DOCETAXELUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**DOCETAXELUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**DOCETAXELUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**DOCETAXELUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**DOCETAXELUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**DOCETAXELUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**DOCETAXELUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74	**DOCETAXELUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**DOCETAXELUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**DOCETAXELUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**DOCETAXELUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**DOCETAXELUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**DOCETAXELUM**	C16.0	WPUST
80	**DOCETAXELUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**DOCETAXELUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**DOCETAXELUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**DOCETAXELUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**DOCETAXELUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**DOCETAXELUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**DOCETAXELUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**DOCETAXELUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**DOCETAXELUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	**DOCETAXELUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	**DOCETAXELUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	**DOCETAXELUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	**DOCETAXELUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	**DOCETAXELUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	**DOCETAXELUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	**DOCETAXELUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	**DOCETAXELUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	**DOCETAXELUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	**DOCETAXELUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	**DOCETAXELUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	**DOCETAXELUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
101	**DOCETAXELUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
102	**DOCETAXELUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
103	**DOCETAXELUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	**DOCETAXELUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	**DOCETAXELUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	**DOCETAXELUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	**DOCETAXELUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	**DOCETAXELUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	**DOCETAXELUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	**DOCETAXELUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	**DOCETAXELUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	**DOCETAXELUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	**DOCETAXELUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	**DOCETAXELUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	**DOCETAXELUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	**DOCETAXELUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	**DOCETAXELUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.20.

DOXORUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DOXORUBICINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**DOXORUBICINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**DOXORUBICINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**DOXORUBICINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**DOXORUBICINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**DOXORUBICINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**DOXORUBICINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**DOXORUBICINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**DOXORUBICINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**DOXORUBICINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**DOXORUBICINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**DOXORUBICINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**DOXORUBICINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**DOXORUBICINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**DOXORUBICINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**DOXORUBICINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**DOXORUBICINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**DOXORUBICINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**DOXORUBICINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**DOXORUBICINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**DOXORUBICINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**DOXORUBICINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**DOXORUBICINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**DOXORUBICINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**DOXORUBICINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**DOXORUBICINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**DOXORUBICINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**DOXORUBICINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**DOXORUBICINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**DOXORUBICINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**DOXORUBICINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**DOXORUBICINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**DOXORUBICINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**DOXORUBICINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**DOXORUBICINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**DOXORUBICINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**DOXORUBICINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**DOXORUBICINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**DOXORUBICINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**DOXORUBICINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**DOXORUBICINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**DOXORUBICINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**DOXORUBICINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	**DOXORUBICINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**DOXORUBICINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**DOXORUBICINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**DOXORUBICINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**DOXORUBICINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**DOXORUBICINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**DOXORUBICINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**DOXORUBICINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**DOXORUBICINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**DOXORUBICINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**DOXORUBICINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**DOXORUBICINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**DOXORUBICINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**DOXORUBICINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**DOXORUBICINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**DOXORUBICINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**DOXORUBICINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**DOXORUBICINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**DOXORUBICINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**DOXORUBICINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**DOXORUBICINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**DOXORUBICINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**DOXORUBICINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**DOXORUBICINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	**DOXORUBICINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**DOXORUBICINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**DOXORUBICINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**DOXORUBICINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**DOXORUBICINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**DOXORUBICINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**DOXORUBICINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**DOXORUBICINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**DOXORUBICINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**DOXORUBICINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**DOXORUBICINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79.	**DOXORUBICINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80.	**DOXORUBICINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81.	**DOXORUBICINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82.	**DOXORUBICINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83.	**DOXORUBICINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84.	**DOXORUBICINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85.	**DOXORUBICINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86.	**DOXORUBICINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	**DOXORUBICINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	**DOXORUBICINUM**	C16.0	WPUST
89.	**DOXORUBICINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90.	**DOXORUBICINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	**DOXORUBICINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
92.	**DOXORUBICINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	**DOXORUBICINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	**DOXORUBICINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	**DOXORUBICINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	**DOXORUBICINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	**DOXORUBICINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	**DOXORUBICINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99.	**DOXORUBICINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100.	**DOXORUBICINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	**DOXORUBICINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102.	**DOXORUBICINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	**DOXORUBICINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	**DOXORUBICINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	**DOXORUBICINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	**DOXORUBICINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	**DOXORUBICINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	**DOXORUBICINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	**DOXORUBICINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	**DOXORUBICINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	**DOXORUBICINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	**DOXORUBICINUM**	C18.7	ESICA
113.	**DOXORUBICINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114.	**DOXORUBICINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	**DOXORUBICINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	**DOXORUBICINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
117.	**DOXORUBICINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	**DOXORUBICINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	**DOXORUBICINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	**DOXORUBICINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	**DOXORUBICINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	**DOXORUBICINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	**DOXORUBICINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	**DOXORUBICINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	**DOXORUBICINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	**DOXORUBICINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	**DOXORUBICINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	**DOXORUBICINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	**DOXORUBICINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	**DOXORUBICINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131.	**DOXORUBICINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132.	**DOXORUBICINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133.	**DOXORUBICINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	**DOXORUBICINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135.	**DOXORUBICINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	**DOXORUBICINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	**DOXORUBICINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	**DOXORUBICINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	**DOXORUBICINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	**DOXORUBICINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
141.	**DOXORUBICINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	**DOXORUBICINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	**DOXORUBICINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	**DOXORUBICINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	**DOXORUBICINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	**DOXORUBICINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	**DOXORUBICINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	**DOXORUBICINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	**DOXORUBICINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150.	**DOXORUBICINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	**DOXORUBICINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	**DOXORUBICINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	**DOXORUBICINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	**DOXORUBICINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	**DOXORUBICINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156.	**DOXORUBICINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	**DOXORUBICINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	**DOXORUBICINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	**DOXORUBICINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	**DOXORUBICINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
161.	**DOXORUBICINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	**DOXORUBICINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	**DOXORUBICINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	**DOXORUBICINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
165.	**DOXORUBICINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	**DOXORUBICINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	**DOXORUBICINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	**DOXORUBICINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	**DOXORUBICINUM**	C38.0	SERCE
170.	**DOXORUBICINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	**DOXORUBICINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
172.	**DOXORUBICINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	**DOXORUBICINUM**	C38.4	OPŁUCNA
174.	**DOXORUBICINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	**DOXORUBICINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
176.	**DOXORUBICINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	**DOXORUBICINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
178.	**DOXORUBICINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	**DOXORUBICINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	**DOXORUBICINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	**DOXORUBICINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	**DOXORUBICINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	**DOXORUBICINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	**DOXORUBICINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	**DOXORUBICINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	**DOXORUBICINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
187.	**DOXORUBICINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	**DOXORUBICINUM**	C41.1	ŻUCHWA
189.	**DOXORUBICINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	**DOXORUBICINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	**DOXORUBICINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	**DOXORUBICINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	**DOXORUBICINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	**DOXORUBICINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	**DOXORUBICINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	**DOXORUBICINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	**DOXORUBICINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	**DOXORUBICINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	**DOXORUBICINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	**DOXORUBICINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	**DOXORUBICINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	**DOXORUBICINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	**DOXORUBICINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	**DOXORUBICINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	**DOXORUBICINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	**DOXORUBICINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
207.	**DOXORUBICINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	**DOXORUBICINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	**DOXORUBICINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	**DOXORUBICINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	**DOXORUBICINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
212.	**DOXORUBICINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
213.	**DOXORUBICINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	**DOXORUBICINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
215.	**DOXORUBICINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	**DOXORUBICINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	**DOXORUBICINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	**DOXORUBICINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
219.	**DOXORUBICINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**DOXORUBICINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	**DOXORUBICINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	**DOXORUBICINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	**DOXORUBICINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
224.	**DOXORUBICINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	**DOXORUBICINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	**DOXORUBICINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	**DOXORUBICINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	**DOXORUBICINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	**DOXORUBICINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	**DOXORUBICINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	**DOXORUBICINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	**DOXORUBICINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	**DOXORUBICINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
234.	**DOXORUBICINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	**DOXORUBICINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	**DOXORUBICINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	**DOXORUBICINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	**DOXORUBICINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	**DOXORUBICINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	**DOXORUBICINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	**DOXORUBICINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	**DOXORUBICINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	**DOXORUBICINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	**DOXORUBICINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	**DOXORUBICINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	**DOXORUBICINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	**DOXORUBICINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	**DOXORUBICINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	**DOXORUBICINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	**DOXORUBICINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	**DOXORUBICINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	**DOXORUBICINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	**DOXORUBICINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	**DOXORUBICINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	**DOXORUBICINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	**DOXORUBICINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	**DOXORUBICINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	**DOXORUBICINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	**DOXORUBICINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	**DOXORUBICINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	**DOXORUBICINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	**DOXORUBICINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	**DOXORUBICINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	**DOXORUBICINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	**DOXORUBICINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	**DOXORUBICINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	**DOXORUBICINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	**DOXORUBICINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	**DOXORUBICINUM**	C54.3	DNO MACICY
270.	**DOXORUBICINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	**DOXORUBICINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	**DOXORUBICINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	**DOXORUBICINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	**DOXORUBICINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**DOXORUBICINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	**DOXORUBICINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
277.	**DOXORUBICINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
278.	**DOXORUBICINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
279.	**DOXORUBICINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	**DOXORUBICINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	**DOXORUBICINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	**DOXORUBICINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	**DOXORUBICINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**DOXORUBICINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**DOXORUBICINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**DOXORUBICINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**DOXORUBICINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**DOXORUBICINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**DOXORUBICINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**DOXORUBICINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**DOXORUBICINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**DOXORUBICINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**DOXORUBICINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**DOXORUBICINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**DOXORUBICINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**DOXORUBICINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**DOXORUBICINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**DOXORUBICINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**DOXORUBICINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**DOXORUBICINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	**DOXORUBICINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**DOXORUBICINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**DOXORUBICINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**DOXORUBICINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**DOXORUBICINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	**DOXORUBICINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**DOXORUBICINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**DOXORUBICINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**DOXORUBICINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**DOXORUBICINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**DOXORUBICINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**DOXORUBICINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**DOXORUBICINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**DOXORUBICINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**DOXORUBICINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**DOXORUBICINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**DOXORUBICINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**DOXORUBICINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**DOXORUBICINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**DOXORUBICINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**DOXORUBICINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**DOXORUBICINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**DOXORUBICINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**DOXORUBICINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	**DOXORUBICINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**DOXORUBICINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**DOXORUBICINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**DOXORUBICINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**DOXORUBICINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	**DOXORUBICINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**DOXORUBICINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**DOXORUBICINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**DOXORUBICINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**DOXORUBICINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**DOXORUBICINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**DOXORUBICINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**DOXORUBICINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**DOXORUBICINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**DOXORUBICINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**DOXORUBICINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**DOXORUBICINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**DOXORUBICINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**DOXORUBICINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**DOXORUBICINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**DOXORUBICINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**DOXORUBICINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**DOXORUBICINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	**DOXORUBICINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**DOXORUBICINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**DOXORUBICINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**DOXORUBICINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**DOXORUBICINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	**DOXORUBICINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**DOXORUBICINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**DOXORUBICINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**DOXORUBICINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**DOXORUBICINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**DOXORUBICINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**DOXORUBICINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**DOXORUBICINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**DOXORUBICINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**DOXORUBICINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
363.	**DOXORUBICINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**DOXORUBICINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**DOXORUBICINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**DOXORUBICINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**DOXORUBICINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**DOXORUBICINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**DOXORUBICINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**DOXORUBICINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	**DOXORUBICINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**DOXORUBICINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**DOXORUBICINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**DOXORUBICINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**DOXORUBICINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	**DOXORUBICINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**DOXORUBICINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**DOXORUBICINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**DOXORUBICINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**DOXORUBICINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**DOXORUBICINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**DOXORUBICINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**DOXORUBICINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**DOXORUBICINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**DOXORUBICINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**DOXORUBICINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**DOXORUBICINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**DOXORUBICINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**DOXORUBICINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**DOXORUBICINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**DOXORUBICINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**DOXORUBICINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	**DOXORUBICINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**DOXORUBICINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**DOXORUBICINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**DOXORUBICINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**DOXORUBICINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	**DOXORUBICINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**DOXORUBICINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**DOXORUBICINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**DOXORUBICINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**DOXORUBICINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**DOXORUBICINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**DOXORUBICINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**DOXORUBICINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**DOXORUBICINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**DOXORUBICINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**DOXORUBICINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**DOXORUBICINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**DOXORUBICINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**DOXORUBICINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**DOXORUBICINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**DOXORUBICINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**DOXORUBICINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**DOXORUBICINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	**DOXORUBICINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**DOXORUBICINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**DOXORUBICINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**DOXORUBICINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**DOXORUBICINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	**DOXORUBICINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**DOXORUBICINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**DOXORUBICINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**DOXORUBICINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**DOXORUBICINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**DOXORUBICINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**DOXORUBICINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**DOXORUBICINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**DOXORUBICINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**DOXORUBICINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**DOXORUBICINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**DOXORUBICINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**DOXORUBICINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**DOXORUBICINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**DOXORUBICINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**DOXORUBICINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**DOXORUBICINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**DOXORUBICINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**DOXORUBICINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	**DOXORUBICINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**DOXORUBICINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**DOXORUBICINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**DOXORUBICINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**DOXORUBICINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
445.	**DOXORUBICINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**DOXORUBICINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**DOXORUBICINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**DOXORUBICINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**DOXORUBICINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**DOXORUBICINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**DOXORUBICINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**DOXORUBICINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**DOXORUBICINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**DOXORUBICINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
455.	**DOXORUBICINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**DOXORUBICINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**DOXORUBICINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**DOXORUBICINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**DOXORUBICINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**DOXORUBICINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**DOXORUBICINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**DOXORUBICINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**DOXORUBICINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	**DOXORUBICINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**DOXORUBICINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**DOXORUBICINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
467.	**DOXORUBICINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	**DOXORUBICINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	**DOXORUBICINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	**DOXORUBICINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	**DOXORUBICINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	**DOXORUBICINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	**DOXORUBICINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	**DOXORUBICINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	**DOXORUBICINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	**DOXORUBICINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	**DOXORUBICINUM**	D01.2	ODBYTNICA
478.	**DOXORUBICINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	**DOXORUBICINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	**DOXORUBICINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
481.	**DOXORUBICINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	**DOXORUBICINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	**DOXORUBICINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	**DOXORUBICINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	**DOXORUBICINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
486.	**DOXORUBICINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	**DOXORUBICINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
488.	**DOXORUBICINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	**DOXORUBICINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	**DOXORUBICINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	**DOXORUBICINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
492.	**DOXORUBICINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	**DOXORUBICINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	**DOXORUBICINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	**DOXORUBICINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	**DOXORUBICINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	**DOXORUBICINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	**DOXORUBICINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	**DOXORUBICINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	**DOXORUBICINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	**DOXORUBICINUM**	D07.1	SROM
502.	**DOXORUBICINUM**	D07.2	POCHWA
503.	**DOXORUBICINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	**DOXORUBICINUM**	D07.4	PRĄCIE
505.	**DOXORUBICINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	**DOXORUBICINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	**DOXORUBICINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	**DOXORUBICINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
509.	**DOXORUBICINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
510.	**DOXORUBICINUM**	D09.2	OKO
511.	**DOXORUBICINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
512.	**DOXORUBICINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
513.	**DOXORUBICINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
514.	**DOXORUBICINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
515.	**DOXORUBICINUM**	D10.0	WARGA
516.	**DOXORUBICINUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
517.	**DOXORUBICINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
518.	**DOXORUBICINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
519.	**DOXORUBICINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
520.	**DOXORUBICINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
521.	**DOXORUBICINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
522.	**DOXORUBICINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
523.	**DOXORUBICINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
524.	**DOXORUBICINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
525.	**DOXORUBICINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
526.	**DOXORUBICINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
527.	**DOXORUBICINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
528.	**DOXORUBICINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
529.	**DOXORUBICINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
530.	**DOXORUBICINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
531.	**DOXORUBICINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
532.	**DOXORUBICINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
533.	**DOXORUBICINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
534.	**DOXORUBICINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
535.	**DOXORUBICINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
536.	**DOXORUBICINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
537.	**DOXORUBICINUM**	D12.8	ODBYTNICA
538.	**DOXORUBICINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
539.	**DOXORUBICINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	**DOXORUBICINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	**DOXORUBICINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	**DOXORUBICINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
543.	**DOXORUBICINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	**DOXORUBICINUM**	D13.4	WĄTROBA
545.	**DOXORUBICINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
546.	**DOXORUBICINUM**	D13.6	TRZUSTKA
547.	**DOXORUBICINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	**DOXORUBICINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	**DOXORUBICINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	**DOXORUBICINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	**DOXORUBICINUM**	D14.1	KRTAŃ
552.	**DOXORUBICINUM**	D14.2	TCHAWICA
553.	**DOXORUBICINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	**DOXORUBICINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	**DOXORUBICINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
556.	**DOXORUBICINUM**	D15.0	GRASICA
557.	**DOXORUBICINUM**	D15.1	SERCE
558.	**DOXORUBICINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
559.	**DOXORUBICINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
560.	**DOXORUBICINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
561.	**DOXORUBICINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	**DOXORUBICINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	**DOXORUBICINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	**DOXORUBICINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
565.	**DOXORUBICINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
566.	**DOXORUBICINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
567.	**DOXORUBICINUM**	D16.5	ŻUCHWA
568.	**DOXORUBICINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
569.	**DOXORUBICINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
570.	**DOXORUBICINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
571.	**DOXORUBICINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
572.	**DOXORUBICINUM**	D17	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ
573.	**DOXORUBICINUM**	D17.0	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ GŁOWY, TWARZY I SZYI
574.	**DOXORUBICINUM**	D17.1	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ TUŁOWIA
575.	**DOXORUBICINUM**	D17.2	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ KOŃCZYN
576.	**DOXORUBICINUM**	D17.3	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
577.	**DOXORUBICINUM**	D17.4	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
578.	**DOXORUBICINUM**	D17.5	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ
579.	**DOXORUBICINUM**	D17.6	TŁUSZCZAK POWRÓZKA NASIENNEGO
580.	**DOXORUBICINUM**	D17.7	TŁUSZCZAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
581.	**DOXORUBICINUM**	D17.9	TŁUSZCZAK, NIEOKREŚLONY
582.	**DOXORUBICINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	**DOXORUBICINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	**DOXORUBICINUM**	D20.1	OTRZEWNA
585.	**DOXORUBICINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	**DOXORUBICINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	**DOXORUBICINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
588.	**DOXORUBICINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	**DOXORUBICINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**DOXORUBICINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	**DOXORUBICINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	**DOXORUBICINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	**DOXORUBICINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	**DOXORUBICINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	**DOXORUBICINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	**DOXORUBICINUM**	D28.0	SROM
597.	**DOXORUBICINUM**	D28.1	POCHWA
598.	**DOXORUBICINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	**DOXORUBICINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	**DOXORUBICINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	**DOXORUBICINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	**DOXORUBICINUM**	D29.0	PRĄCIE
603.	**DOXORUBICINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	**DOXORUBICINUM**	D29.2	JĄDRO
605.	**DOXORUBICINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
606.	**DOXORUBICINUM**	D29.4	MOSZNA
607.	**DOXORUBICINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	**DOXORUBICINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	**DOXORUBICINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	**DOXORUBICINUM**	D30.0	NERKA
611.	**DOXORUBICINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	**DOXORUBICINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
613.	**DOXORUBICINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**DOXORUBICINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	**DOXORUBICINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	**DOXORUBICINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	**DOXORUBICINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	**DOXORUBICINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
619.	**DOXORUBICINUM**	D31.1	ROGÓWKA
620.	**DOXORUBICINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
621.	**DOXORUBICINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	**DOXORUBICINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	**DOXORUBICINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	**DOXORUBICINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	**DOXORUBICINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	**DOXORUBICINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
627.	**DOXORUBICINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	**DOXORUBICINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	**DOXORUBICINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	**DOXORUBICINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	**DOXORUBICINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	**DOXORUBICINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	**DOXORUBICINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	**DOXORUBICINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	**DOXORUBICINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
636.	**DOXORUBICINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	**DOXORUBICINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	**DOXORUBICINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	**DOXORUBICINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	**DOXORUBICINUM**	D35.0	NADNERCZA
641.	**DOXORUBICINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	**DOXORUBICINUM**	D35.2	PRZYSADKA
643.	**DOXORUBICINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	**DOXORUBICINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
645.	**DOXORUBICINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	**DOXORUBICINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
647.	**DOXORUBICINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	**DOXORUBICINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	**DOXORUBICINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	**DOXORUBICINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	**DOXORUBICINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	**DOXORUBICINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	**DOXORUBICINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	**DOXORUBICINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	**DOXORUBICINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	**DOXORUBICINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	**DOXORUBICINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	**DOXORUBICINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	**DOXORUBICINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
660.	**DOXORUBICINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	**DOXORUBICINUM**	D37.5	ODBYTNICA
662.	**DOXORUBICINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	**DOXORUBICINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	**DOXORUBICINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	**DOXORUBICINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	**DOXORUBICINUM**	D38.0	KRTAŃ
667.	**DOXORUBICINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	**DOXORUBICINUM**	D38.2	OPŁUCNA
669.	**DOXORUBICINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
670.	**DOXORUBICINUM**	D38.4	GRASICA
671.	**DOXORUBICINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	**DOXORUBICINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	**DOXORUBICINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	**DOXORUBICINUM**	D39.0	MACICA
675.	**DOXORUBICINUM**	D39.1	JAJNIK
676.	**DOXORUBICINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	**DOXORUBICINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	**DOXORUBICINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	**DOXORUBICINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	**DOXORUBICINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	**DOXORUBICINUM**	D40.1	JĄDRO
682.	**DOXORUBICINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	**DOXORUBICINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	**DOXORUBICINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	**DOXORUBICINUM**	D41.0	NERKA
686.	**DOXORUBICINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	**DOXORUBICINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
688.	**DOXORUBICINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	**DOXORUBICINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	**DOXORUBICINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	**DOXORUBICINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	**DOXORUBICINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	**DOXORUBICINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	**DOXORUBICINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	**DOXORUBICINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	**DOXORUBICINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	**DOXORUBICINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	**DOXORUBICINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	**DOXORUBICINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	**DOXORUBICINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	**DOXORUBICINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	**DOXORUBICINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	**DOXORUBICINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	**DOXORUBICINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	**DOXORUBICINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	**DOXORUBICINUM**	D44.1	NADNERCZA
707.	**DOXORUBICINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	**DOXORUBICINUM**	D44.3	PRZYSADKA
709.	**DOXORUBICINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	**DOXORUBICINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
711.	**DOXORUBICINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	**DOXORUBICINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
713.	**DOXORUBICINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	**DOXORUBICINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	**DOXORUBICINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	**DOXORUBICINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	**DOXORUBICINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	**DOXORUBICINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	**DOXORUBICINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	**DOXORUBICINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	**DOXORUBICINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	**DOXORUBICINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	**DOXORUBICINUM**	D48.4	OTRZEWNA
724.	**DOXORUBICINUM**	D48.5	SKÓRA
725.	**DOXORUBICINUM**	D48.6	SUTEK
726.	**DOXORUBICINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	**DOXORUBICINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	**DOXORUBICINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	**DOXORUBICINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	**DOXORUBICINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	**DOXORUBICINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
732.	**DOXORUBICINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	**DOXORUBICINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	**DOXORUBICINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	**DOXORUBICINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	**DOXORUBICINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
737.	**DOXORUBICINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	**DOXORUBICINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.21.b.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej ≥200mg/m ^{2};

z uwzględnieniem przeciwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
30	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.22.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
2.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
3.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
4.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
5.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
6.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
7.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
8.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
9.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
10.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
11.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
12.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
13.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
14.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
15.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
16.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
17.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
18.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
19.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
20.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
21.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
22.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
23.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
24.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
25.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA

Załącznik C.23.

EPIRUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**EPIRUBICINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	**EPIRUBICINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	**EPIRUBICINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	**EPIRUBICINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	**EPIRUBICINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	**EPIRUBICINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	**EPIRUBICINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	**EPIRUBICINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
9	**EPIRUBICINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
10	**EPIRUBICINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
11	**EPIRUBICINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
12	**EPIRUBICINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
13	**EPIRUBICINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
14	**EPIRUBICINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
15	**EPIRUBICINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
16	**EPIRUBICINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
17	**EPIRUBICINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18	**EPIRUBICINUM**	C16.0	WPUST
19	**EPIRUBICINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
20	**EPIRUBICINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**EPIRUBICINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
22	**EPIRUBICINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
23	**EPIRUBICINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
24	**EPIRUBICINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
25	**EPIRUBICINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
26	**EPIRUBICINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
27	**EPIRUBICINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
28	**EPIRUBICINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
29	**EPIRUBICINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
30	**EPIRUBICINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
31	**EPIRUBICINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
32	**EPIRUBICINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
33	**EPIRUBICINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
34	**EPIRUBICINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35	**EPIRUBICINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
36	**EPIRUBICINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
37	**EPIRUBICINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
38	**EPIRUBICINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
39	**EPIRUBICINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
40	**EPIRUBICINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
41	**EPIRUBICINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
42	**EPIRUBICINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
43	**EPIRUBICINUM**	C41.1	ŻUCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	**EPIRUBICINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
45	**EPIRUBICINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
46	**EPIRUBICINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
47	**EPIRUBICINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
48	**EPIRUBICINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
49	**EPIRUBICINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
50	**EPIRUBICINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
51	**EPIRUBICINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
52	**EPIRUBICINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
53	**EPIRUBICINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
54	**EPIRUBICINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
55	**EPIRUBICINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
56	**EPIRUBICINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
57	**EPIRUBICINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
58	**EPIRUBICINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
59	**EPIRUBICINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
60	**EPIRUBICINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
61	**EPIRUBICINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
62	**EPIRUBICINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
63	**EPIRUBICINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
64	**EPIRUBICINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
65	**EPIRUBICINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
66	**EPIRUBICINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**EPIRUBICINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
68	**EPIRUBICINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
69	**EPIRUBICINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
70	**EPIRUBICINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
71	**EPIRUBICINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
72	**EPIRUBICINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
73	**EPIRUBICINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
74	**EPIRUBICINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
75	**EPIRUBICINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
76	**EPIRUBICINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
77	**EPIRUBICINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
78	**EPIRUBICINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
79	**EPIRUBICINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
80	**EPIRUBICINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
81	**EPIRUBICINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
82	**EPIRUBICINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
83	**EPIRUBICINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
84	**EPIRUBICINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
85	**EPIRUBICINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
86	**EPIRUBICINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
87	**EPIRUBICINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
88	**EPIRUBICINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
89	**EPIRUBICINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**EPIRUBICINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
91	**EPIRUBICINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
92	**EPIRUBICINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
93	**EPIRUBICINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
94	**EPIRUBICINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
95	**EPIRUBICINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
96	**EPIRUBICINUM**	C54.3	DNO MACICY
97	**EPIRUBICINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
98	**EPIRUBICINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
99	**EPIRUBICINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
100	**EPIRUBICINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
101	**EPIRUBICINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102	**EPIRUBICINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
103	**EPIRUBICINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
104	**EPIRUBICINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
105	**EPIRUBICINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
106	**EPIRUBICINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
107	**EPIRUBICINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
108	**EPIRUBICINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
109	**EPIRUBICINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
110	**EPIRUBICINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	**EPIRUBICINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
112	**EPIRUBICINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
113	**EPIRUBICINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**EPIRUBICINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
115	**EPIRUBICINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
116	**EPIRUBICINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
117	**EPIRUBICINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
118	**EPIRUBICINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
119	**EPIRUBICINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
120	**EPIRUBICINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
121	**EPIRUBICINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
122	**EPIRUBICINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
123	**EPIRUBICINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
124	**EPIRUBICINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
125	**EPIRUBICINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
126	**EPIRUBICINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
127	**EPIRUBICINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
128	**EPIRUBICINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
129	**EPIRUBICINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
130	**EPIRUBICINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
131	**EPIRUBICINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
132	**EPIRUBICINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
133	**EPIRUBICINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
134	**EPIRUBICINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
135	**EPIRUBICINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
136	**EPIRUBICINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**EPIRUBICINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
138	**EPIRUBICINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
139	**EPIRUBICINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
140	**EPIRUBICINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
141	**EPIRUBICINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
142	**EPIRUBICINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
143	**EPIRUBICINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
144	**EPIRUBICINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
145	**EPIRUBICINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
146	**EPIRUBICINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
147	**EPIRUBICINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
148	**EPIRUBICINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
149	**EPIRUBICINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
150	**EPIRUBICINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
151	**EPIRUBICINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
152	**EPIRUBICINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
153	**EPIRUBICINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
154	**EPIRUBICINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
155	**EPIRUBICINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
156	**EPIRUBICINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
157	**EPIRUBICINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
158	**EPIRUBICINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
159	**EPIRUBICINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
160	**EPIRUBICINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**EPIRUBICINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
162	**EPIRUBICINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
163	**EPIRUBICINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
164	**EPIRUBICINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
165	**EPIRUBICINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
166	**EPIRUBICINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
167	**EPIRUBICINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
168	**EPIRUBICINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
169	**EPIRUBICINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
170	**EPIRUBICINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
171	**EPIRUBICINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
172	**EPIRUBICINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
173	**EPIRUBICINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
174	**EPIRUBICINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
175	**EPIRUBICINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
176	**EPIRUBICINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
177	**EPIRUBICINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
178	**EPIRUBICINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
179	**EPIRUBICINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
180	**EPIRUBICINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
181	**EPIRUBICINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
182	**EPIRUBICINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
183	**EPIRUBICINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
184	**EPIRUBICINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	**EPIRUBICINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
186	**EPIRUBICINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
187	**EPIRUBICINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
188	**EPIRUBICINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
189	**EPIRUBICINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
190	**EPIRUBICINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
191	**EPIRUBICINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
192	**EPIRUBICINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
193	**EPIRUBICINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
194	**EPIRUBICINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
195	**EPIRUBICINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
196	**EPIRUBICINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
197	**EPIRUBICINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
198	**EPIRUBICINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
199	**EPIRUBICINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
200	**EPIRUBICINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
201	**EPIRUBICINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
202	**EPIRUBICINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
203	**EPIRUBICINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
204	**EPIRUBICINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
205	**EPIRUBICINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
206	**EPIRUBICINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	**EPIRUBICINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
208	**EPIRUBICINUM**	D48.4	OTRZEWNA
209	**EPIRUBICINUM**	D48.5	SKÓRA
210	**EPIRUBICINUM**	D48.6	SUTEK
211	**EPIRUBICINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
212	**EPIRUBICINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
213	**EPIRUBICINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
214	**EPIRUBICINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
215	**EPIRUBICINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
216	**EPIRUBICINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
217	**EPIRUBICINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
218	**EPIRUBICINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
219	**EPIRUBICINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
220	**EPIRUBICINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.24.

ETOPOSIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ETOPOSIDUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**ETOPOSIDUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**ETOPOSIDUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**ETOPOSIDUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**ETOPOSIDUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**ETOPOSIDUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**ETOPOSIDUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**ETOPOSIDUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**ETOPOSIDUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**ETOPOSIDUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**ETOPOSIDUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**ETOPOSIDUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**ETOPOSIDUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**ETOPOSIDUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**ETOPOSIDUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**ETOPOSIDUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**ETOPOSIDUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**ETOPOSIDUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**ETOPOSIDUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**ETOPOSIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**ETOPOSIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**ETOPOSIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**ETOPOSIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**ETOPOSIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**ETOPOSIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**ETOPOSIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**ETOPOSIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**ETOPOSIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**ETOPOSIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**ETOPOSIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**ETOPOSIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**ETOPOSIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**ETOPOSIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**ETOPOSIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**ETOPOSIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**ETOPOSIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**ETOPOSIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**ETOPOSIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**ETOPOSIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**ETOPOSIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**ETOPOSIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**ETOPOSIDUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**ETOPOSIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**ETOPOSIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**ETOPOSIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**ETOPOSIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**ETOPOSIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**ETOPOSIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**ETOPOSIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**ETOPOSIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**ETOPOSIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**ETOPOSIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**ETOPOSIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**ETOPOSIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**ETOPOSIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**ETOPOSIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**ETOPOSIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**ETOPOSIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**ETOPOSIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**ETOPOSIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**ETOPOSIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**ETOPOSIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**ETOPOSIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**ETOPOSIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**ETOPOSIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**ETOPOSIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**ETOPOSIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**ETOPOSIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**ETOPOSIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**ETOPOSIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**ETOPOSIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**ETOPOSIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**ETOPOSIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**ETOPOSIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**ETOPOSIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**ETOPOSIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**ETOPOSIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**ETOPOSIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**ETOPOSIDUM**	C16.0	WPUST
80	**ETOPOSIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**ETOPOSIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**ETOPOSIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**ETOPOSIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**ETOPOSIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**ETOPOSIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**ETOPOSIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**ETOPOSIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**ETOPOSIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**ETOPOSIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**ETOPOSIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**ETOPOSIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**ETOPOSIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**ETOPOSIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**ETOPOSIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**ETOPOSIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	**ETOPOSIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**ETOPOSIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**ETOPOSIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**ETOPOSIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**ETOPOSIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**ETOPOSIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**ETOPOSIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**ETOPOSIDUM**	C18.7	ESICA
104	**ETOPOSIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**ETOPOSIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**ETOPOSIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**ETOPOSIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**ETOPOSIDUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**ETOPOSIDUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**ETOPOSIDUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**ETOPOSIDUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**ETOPOSIDUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**ETOPOSIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**ETOPOSIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**ETOPOSIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**ETOPOSIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**ETOPOSIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**ETOPOSIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**ETOPOSIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**ETOPOSIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**ETOPOSIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**ETOPOSIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**ETOPOSIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**ETOPOSIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**ETOPOSIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**ETOPOSIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**ETOPOSIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**ETOPOSIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**ETOPOSIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**ETOPOSIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**ETOPOSIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**ETOPOSIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**ETOPOSIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**ETOPOSIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**ETOPOSIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**ETOPOSIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**ETOPOSIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**ETOPOSIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**ETOPOSIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**ETOPOSIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	**ETOPOSIDUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**ETOPOSIDUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**ETOPOSIDUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**ETOPOSIDUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**ETOPOSIDUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	**ETOPOSIDUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**ETOPOSIDUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**ETOPOSIDUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**ETOPOSIDUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**ETOPOSIDUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**ETOPOSIDUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	**ETOPOSIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	**ETOPOSIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	**ETOPOSIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	**ETOPOSIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	**ETOPOSIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	**ETOPOSIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	**ETOPOSIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	**ETOPOSIDUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	**ETOPOSIDUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**ETOPOSIDUM**	C38.0	SERCE
162	**ETOPOSIDUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	**ETOPOSIDUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	**ETOPOSIDUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	**ETOPOSIDUM**	C38.4	OPŁUCNA
166	**ETOPOSIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	**ETOPOSIDUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	**ETOPOSIDUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	**ETOPOSIDUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	**ETOPOSIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	**ETOPOSIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	**ETOPOSIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	**ETOPOSIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	**ETOPOSIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	**ETOPOSIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	**ETOPOSIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	**ETOPOSIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	**ETOPOSIDUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	**ETOPOSIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	**ETOPOSIDUM**	C41.1	ŻUCHWA
181	**ETOPOSIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	**ETOPOSIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	**ETOPOSIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	**ETOPOSIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	**ETOPOSIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	**ETOPOSIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	**ETOPOSIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	**ETOPOSIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	**ETOPOSIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	**ETOPOSIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	**ETOPOSIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	**ETOPOSIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	**ETOPOSIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	**ETOPOSIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	**ETOPOSIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	**ETOPOSIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	**ETOPOSIDUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
198	**ETOPOSIDUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
199	**ETOPOSIDUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	**ETOPOSIDUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
201	**ETOPOSIDUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	**ETOPOSIDUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	**ETOPOSIDUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	**ETOPOSIDUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
205	**ETOPOSIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	**ETOPOSIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
207	**ETOPOSIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
208	**ETOPOSIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
209	**ETOPOSIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
210	**ETOPOSIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
211	**ETOPOSIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
212	**ETOPOSIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
213	**ETOPOSIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214	**ETOPOSIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
215	**ETOPOSIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
216	**ETOPOSIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
217	**ETOPOSIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
218	**ETOPOSIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
219	**ETOPOSIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
220	**ETOPOSIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
221	**ETOPOSIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
222	**ETOPOSIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
223	**ETOPOSIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
224	**ETOPOSIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
225	**ETOPOSIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
226	**ETOPOSIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
227	**ETOPOSIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	**ETOPOSIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
229	**ETOPOSIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
230	**ETOPOSIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
231	**ETOPOSIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
232	**ETOPOSIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
233	**ETOPOSIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
234	**ETOPOSIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235	**ETOPOSIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
236	**ETOPOSIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237	**ETOPOSIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
238	**ETOPOSIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
239	**ETOPOSIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
240	**ETOPOSIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
241	**ETOPOSIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
242	**ETOPOSIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
243	**ETOPOSIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
244	**ETOPOSIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
245	**ETOPOSIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
246	**ETOPOSIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
247	**ETOPOSIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
248	**ETOPOSIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
249	**ETOPOSIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
250	**ETOPOSIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
251	**ETOPOSIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	**ETOPOSIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
253	**ETOPOSIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
254	**ETOPOSIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
255	**ETOPOSIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
256	**ETOPOSIDUM**	C54.3	DNO MACICY
257	**ETOPOSIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
258	**ETOPOSIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
259	**ETOPOSIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
260	**ETOPOSIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
261	**ETOPOSIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
262	**ETOPOSIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
263	**ETOPOSIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
264	**ETOPOSIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
265	**ETOPOSIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
266	**ETOPOSIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
267	**ETOPOSIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
268	**ETOPOSIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	**ETOPOSIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
270	**ETOPOSIDUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
271	**ETOPOSIDUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
272	**ETOPOSIDUM**	C60.0	NAPLETEK
273	**ETOPOSIDUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
274	**ETOPOSIDUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
275	**ETOPOSIDUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	**ETOPOSIDUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
277	**ETOPOSIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	**ETOPOSIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	**ETOPOSIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	**ETOPOSIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	**ETOPOSIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	**ETOPOSIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	**ETOPOSIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
284	**ETOPOSIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	**ETOPOSIDUM**	C63.2	MOSZNA
286	**ETOPOSIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	**ETOPOSIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	**ETOPOSIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	**ETOPOSIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	**ETOPOSIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	**ETOPOSIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	**ETOPOSIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	**ETOPOSIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	**ETOPOSIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	**ETOPOSIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	**ETOPOSIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**ETOPOSIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**ETOPOSIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**ETOPOSIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	**ETOPOSIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
301	**ETOPOSIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**ETOPOSIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	**ETOPOSIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	**ETOPOSIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	**ETOPOSIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	**ETOPOSIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	**ETOPOSIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	**ETOPOSIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	**ETOPOSIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
310	**ETOPOSIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
311	**ETOPOSIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
312	**ETOPOSIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	**ETOPOSIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	**ETOPOSIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	**ETOPOSIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
316	**ETOPOSIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	**ETOPOSIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	**ETOPOSIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	**ETOPOSIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	**ETOPOSIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
321	**ETOPOSIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	**ETOPOSIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	**ETOPOSIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
324	**ETOPOSIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	**ETOPOSIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	**ETOPOSIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	**ETOPOSIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	**ETOPOSIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	**ETOPOSIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
330	**ETOPOSIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	**ETOPOSIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	**ETOPOSIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	**ETOPOSIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	**ETOPOSIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	**ETOPOSIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
336	**ETOPOSIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	**ETOPOSIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
338	**ETOPOSIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	**ETOPOSIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	**ETOPOSIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	**ETOPOSIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	**ETOPOSIDUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	**ETOPOSIDUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	**ETOPOSIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
345	**ETOPOSIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
346	**ETOPOSIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
347	**ETOPOSIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	**ETOPOSIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	**ETOPOSIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	**ETOPOSIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	**ETOPOSIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
352	**ETOPOSIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	**ETOPOSIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
354	**ETOPOSIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	**ETOPOSIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	**ETOPOSIDUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	**ETOPOSIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	**ETOPOSIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	**ETOPOSIDUM**	C76.2	BRZUCH
360	**ETOPOSIDUM**	C76.3	MIEDNICA
361	**ETOPOSIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	**ETOPOSIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	**ETOPOSIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	**ETOPOSIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	**ETOPOSIDUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	**ETOPOSIDUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	**ETOPOSIDUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	**ETOPOSIDUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	**ETOPOSIDUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370	**ETOPOSIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
371	**ETOPOSIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	**ETOPOSIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	**ETOPOSIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	**ETOPOSIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
375	**ETOPOSIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	**ETOPOSIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	**ETOPOSIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	**ETOPOSIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	**ETOPOSIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	**ETOPOSIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	**ETOPOSIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	**ETOPOSIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	**ETOPOSIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	**ETOPOSIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	**ETOPOSIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	**ETOPOSIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	**ETOPOSIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	**ETOPOSIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	**ETOPOSIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	**ETOPOSIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	**ETOPOSIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
392	**ETOPOSIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	**ETOPOSIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	**ETOPOSIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	**ETOPOSIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
396	**ETOPOSIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	**ETOPOSIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	**ETOPOSIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	**ETOPOSIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	**ETOPOSIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	**ETOPOSIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	**ETOPOSIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	**ETOPOSIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	**ETOPOSIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	**ETOPOSIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	**ETOPOSIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	**ETOPOSIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**ETOPOSIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	**ETOPOSIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	**ETOPOSIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	**ETOPOSIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	**ETOPOSIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	**ETOPOSIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	**ETOPOSIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	**ETOPOSIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	**ETOPOSIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	**ETOPOSIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	**ETOPOSIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	**ETOPOSIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	**ETOPOSIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
421	**ETOPOSIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
422	**ETOPOSIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	**ETOPOSIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	**ETOPOSIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	**ETOPOSIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	**ETOPOSIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	**ETOPOSIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	**ETOPOSIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	**ETOPOSIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	**ETOPOSIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	**ETOPOSIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	**ETOPOSIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
433	**ETOPOSIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	**ETOPOSIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	**ETOPOSIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	**ETOPOSIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	**ETOPOSIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	**ETOPOSIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	**ETOPOSIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	**ETOPOSIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
441	**ETOPOSIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	**ETOPOSIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	**ETOPOSIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	**ETOPOSIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	**ETOPOSIDUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
446	**ETOPOSIDUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	**ETOPOSIDUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	**ETOPOSIDUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
449	**ETOPOSIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	**ETOPOSIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	**ETOPOSIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	**ETOPOSIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	**ETOPOSIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	**ETOPOSIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**ETOPOSIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	**ETOPOSIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	**ETOPOSIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	**ETOPOSIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	**ETOPOSIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	**ETOPOSIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	**ETOPOSIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	**ETOPOSIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
463	**ETOPOSIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	**ETOPOSIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**ETOPOSIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	**ETOPOSIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	**ETOPOSIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	**ETOPOSIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	**ETOPOSIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	**ETOPOSIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
471	**ETOPOSIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	**ETOPOSIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	**ETOPOSIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	**ETOPOSIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	**ETOPOSIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	**ETOPOSIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	**ETOPOSIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**ETOPOSIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**ETOPOSIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	**ETOPOSIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	**ETOPOSIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	**ETOPOSIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	**ETOPOSIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	**ETOPOSIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	**ETOPOSIDUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
486	**ETOPOSIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	**ETOPOSIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	**ETOPOSIDUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	**ETOPOSIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
490	**ETOPOSIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	**ETOPOSIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
492	**ETOPOSIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	**ETOPOSIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	**ETOPOSIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
495	**ETOPOSIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	**ETOPOSIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	**ETOPOSIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
498	**ETOPOSIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	**ETOPOSIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
500	**ETOPOSIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	**ETOPOSIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	**ETOPOSIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	**ETOPOSIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	**ETOPOSIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	**ETOPOSIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	**ETOPOSIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	**ETOPOSIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	**ETOPOSIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	**ETOPOSIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	**ETOPOSIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	**ETOPOSIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	**ETOPOSIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	**ETOPOSIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	**ETOPOSIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	**ETOPOSIDUM**	D07.1	SROM
516	**ETOPOSIDUM**	D07.2	POCHWA
517	**ETOPOSIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	**ETOPOSIDUM**	D07.4	PRĄCIE
519	**ETOPOSIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
520	**ETOPOSIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	**ETOPOSIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	**ETOPOSIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	**ETOPOSIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	**ETOPOSIDUM**	D09.2	OKO
525	**ETOPOSIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	**ETOPOSIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	**ETOPOSIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	**ETOPOSIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	**ETOPOSIDUM**	D10.0	WARGA
530	**ETOPOSIDUM**	D10.1	JĘZYK
531	**ETOPOSIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	**ETOPOSIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
533	**ETOPOSIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
534	**ETOPOSIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	**ETOPOSIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	**ETOPOSIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	**ETOPOSIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	**ETOPOSIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	**ETOPOSIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	**ETOPOSIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	**ETOPOSIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	**ETOPOSIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	**ETOPOSIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	**ETOPOSIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
545	**ETOPOSIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	**ETOPOSIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	**ETOPOSIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	**ETOPOSIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	**ETOPOSIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	**ETOPOSIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	**ETOPOSIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
552	**ETOPOSIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	**ETOPOSIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	**ETOPOSIDUM**	D13.0	PRZEŁYK
555	**ETOPOSIDUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
556	**ETOPOSIDUM**	D13.2	DWUNASTNICA
557	**ETOPOSIDUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	**ETOPOSIDUM**	D13.4	WĄTROBA
559	**ETOPOSIDUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	**ETOPOSIDUM**	D13.6	TRZUSTKA
561	**ETOPOSIDUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	**ETOPOSIDUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	**ETOPOSIDUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	**ETOPOSIDUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	**ETOPOSIDUM**	D14.1	KRTAŃ
566	**ETOPOSIDUM**	D14.2	TCHAWICA
567	**ETOPOSIDUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	**ETOPOSIDUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	**ETOPOSIDUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
570	**ETOPOSIDUM**	D15.0	GRASICA
571	**ETOPOSIDUM**	D15.1	SERCE
572	**ETOPOSIDUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
573	**ETOPOSIDUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	**ETOPOSIDUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	**ETOPOSIDUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	**ETOPOSIDUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	**ETOPOSIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	**ETOPOSIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
579	**ETOPOSIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	**ETOPOSIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	**ETOPOSIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
582	**ETOPOSIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	**ETOPOSIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	**ETOPOSIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	**ETOPOSIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	**ETOPOSIDUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
587	**ETOPOSIDUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
588	**ETOPOSIDUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
589	**ETOPOSIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
590	**ETOPOSIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
591	**ETOPOSIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
592	**ETOPOSIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
593	**ETOPOSIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
594	**ETOPOSIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
595	**ETOPOSIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
596	**ETOPOSIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
597	**ETOPOSIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
598	**ETOPOSIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
599	**ETOPOSIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
600	**ETOPOSIDUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
601	**ETOPOSIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
602	**ETOPOSIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
603	**ETOPOSIDUM**	D28.0	SROM
604	**ETOPOSIDUM**	D28.1	POCHWA
605	**ETOPOSIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
606	**ETOPOSIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607	**ETOPOSIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608	**ETOPOSIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
609	**ETOPOSIDUM**	D29.0	PRĄCIE
610	**ETOPOSIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
611	**ETOPOSIDUM**	D29.2	JĄDRO
612	**ETOPOSIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
613	**ETOPOSIDUM**	D29.4	MOSZNA
614	**ETOPOSIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	**ETOPOSIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	**ETOPOSIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
617	**ETOPOSIDUM**	D30.0	NERKA
618	**ETOPOSIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
619	**ETOPOSIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
620	**ETOPOSIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
621	**ETOPOSIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
622	**ETOPOSIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
623	**ETOPOSIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
624	**ETOPOSIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	**ETOPOSIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
626	**ETOPOSIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
627	**ETOPOSIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
628	**ETOPOSIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
629	**ETOPOSIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
630	**ETOPOSIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
631	**ETOPOSIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
632	**ETOPOSIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
633	**ETOPOSIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
634	**ETOPOSIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
635	**ETOPOSIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
636	**ETOPOSIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
637	**ETOPOSIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
638	**ETOPOSIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
639	**ETOPOSIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
640	**ETOPOSIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
641	**ETOPOSIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
642	**ETOPOSIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
643	**ETOPOSIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
644	**ETOPOSIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
645	**ETOPOSIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
646	**ETOPOSIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
647	**ETOPOSIDUM**	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
648	**ETOPOSIDUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
649	**ETOPOSIDUM**	D35.2	PRZYSADKA
650	**ETOPOSIDUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
651	**ETOPOSIDUM**	D35.4	SZYSZYNKA
652	**ETOPOSIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
653	**ETOPOSIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
654	**ETOPOSIDUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	**ETOPOSIDUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
656	**ETOPOSIDUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
657	**ETOPOSIDUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
658	**ETOPOSIDUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
659	**ETOPOSIDUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
660	**ETOPOSIDUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
661	**ETOPOSIDUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
662	**ETOPOSIDUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
663	**ETOPOSIDUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
664	**ETOPOSIDUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
665	**ETOPOSIDUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
666	**ETOPOSIDUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
667	**ETOPOSIDUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
668	**ETOPOSIDUM**	D37.5	ODBYTNICA
669	**ETOPOSIDUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
670	**ETOPOSIDUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
671	**ETOPOSIDUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	**ETOPOSIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
673	**ETOPOSIDUM**	D38.0	KRTAŃ
674	**ETOPOSIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
675	**ETOPOSIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
676	**ETOPOSIDUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
677	**ETOPOSIDUM**	D38.4	GRASICA
678	**ETOPOSIDUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
679	**ETOPOSIDUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
680	**ETOPOSIDUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
681	**ETOPOSIDUM**	D39.0	MACICA
682	**ETOPOSIDUM**	D39.1	JAJNIK
683	**ETOPOSIDUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
684	**ETOPOSIDUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
685	**ETOPOSIDUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
686	**ETOPOSIDUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
687	**ETOPOSIDUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
688	**ETOPOSIDUM**	D40.1	JĄDRO
689	**ETOPOSIDUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
690	**ETOPOSIDUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
691	**ETOPOSIDUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
692	**ETOPOSIDUM**	D41.0	NERKA
693	**ETOPOSIDUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
694	**ETOPOSIDUM**	D41.2	MOCZOWÓD
695	**ETOPOSIDUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
696	**ETOPOSIDUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
697	**ETOPOSIDUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
698	**ETOPOSIDUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
699	**ETOPOSIDUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
700	**ETOPOSIDUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
701	**ETOPOSIDUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
702	**ETOPOSIDUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
703	**ETOPOSIDUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
704	**ETOPOSIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
705	**ETOPOSIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
706	**ETOPOSIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
707	**ETOPOSIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
708	**ETOPOSIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
709	**ETOPOSIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
710	**ETOPOSIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
711	**ETOPOSIDUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
712	**ETOPOSIDUM**	D44.0	TARCZYCA
713	**ETOPOSIDUM**	D44.1	NADNERCZA
714	**ETOPOSIDUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
715	**ETOPOSIDUM**	D44.3	PRZYSADKA
716	**ETOPOSIDUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
717	**ETOPOSIDUM**	D44.5	SZYSZYNKA
718	**ETOPOSIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
719	**ETOPOSIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
720	**ETOPOSIDUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
721	**ETOPOSIDUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
722	**ETOPOSIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
723	**ETOPOSIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
724	**ETOPOSIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
725	**ETOPOSIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
726	**ETOPOSIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
727	**ETOPOSIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
728	**ETOPOSIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
729	**ETOPOSIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
730	**ETOPOSIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
731	**ETOPOSIDUM**	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
732	**ETOPOSIDUM**	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
733	**ETOPOSIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
734	**ETOPOSIDUM**	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
735	**ETOPOSIDUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
736	**ETOPOSIDUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
737	**ETOPOSIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
738	**ETOPOSIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
739	**ETOPOSIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
740	**ETOPOSIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
741	**ETOPOSIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
742	**ETOPOSIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
743	**ETOPOSIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
744	**ETOPOSIDUM**	D48.5	SKÓRA
745	**ETOPOSIDUM**	D48.6	SUTEK
746	**ETOPOSIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
747	**ETOPOSIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
748	**ETOPOSIDUM**	D63.0	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□)
749	**ETOPOSIDUM**	D63.8	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHORÓB PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ
750	**ETOPOSIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
751	**ETOPOSIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
752	**ETOPOSIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
753	**ETOPOSIDUM**	D81.9	ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE
754	**ETOPOSIDUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	**ETOPOSIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	**ETOPOSIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	**ETOPOSIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	**ETOPOSIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
759	**ETOPOSIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	**ETOPOSIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
761	**ETOPOSIDUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.25.

FLUDARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**FLUDARABINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2	**FLUDARABINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	**FLUDARABINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	**FLUDARABINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	**FLUDARABINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6	**FLUDARABINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	**FLUDARABINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	**FLUDARABINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	**FLUDARABINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	**FLUDARABINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	**FLUDARABINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	**FLUDARABINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	**FLUDARABINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	**FLUDARABINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	**FLUDARABINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**FLUDARABINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	**FLUDARABINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	**FLUDARABINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	**FLUDARABINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	**FLUDARABINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**FLUDARABINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	**FLUDARABINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	**FLUDARABINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	**FLUDARABINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	**FLUDARABINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	**FLUDARABINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	**FLUDARABINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28	**FLUDARABINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	**FLUDARABINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30	**FLUDARABINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	**FLUDARABINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	**FLUDARABINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	**FLUDARABINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	**FLUDARABINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	**FLUDARABINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	**FLUDARABINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37	**FLUDARABINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38	**FLUDARABINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39	**FLUDARABINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40	**FLUDARABINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41	**FLUDARABINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42	**FLUDARABINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**FLUDARABINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44	**FLUDARABINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	**FLUDARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	**FLUDARABINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	**FLUDARABINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	**FLUDARABINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	**FLUDARABINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	**FLUDARABINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
51	**FLUDARABINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	**FLUDARABINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	**FLUDARABINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	**FLUDARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	**FLUDARABINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	**FLUDARABINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	**FLUDARABINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	**FLUDARABINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	**FLUDARABINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	**FLUDARABINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	**FLUDARABINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	**FLUDARABINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	**FLUDARABINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	**FLUDARABINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	**FLUDARABINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66	**FLUDARABINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**FLUDARABINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	**FLUDARABINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	**FLUDARABINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	**FLUDARABINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	**FLUDARABINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	**FLUDARABINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	**FLUDARABINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	**FLUDARABINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	**FLUDARABINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	**FLUDARABINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	**FLUDARABINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	**FLUDARABINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	**FLUDARABINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	**FLUDARABINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	**FLUDARABINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	**FLUDARABINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
83	**FLUDARABINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
84	**FLUDARABINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
85	**FLUDARABINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
86	**FLUDARABINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
87	**FLUDARABINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
88	**FLUDARABINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
89	**FLUDARABINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**FLUDARABINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.26.

FLUOROURACILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**FLUOROURACILUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**FLUOROURACILUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**FLUOROURACILUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**FLUOROURACILUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**FLUOROURACILUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**FLUOROURACILUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**FLUOROURACILUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**FLUOROURACILUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**FLUOROURACILUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**FLUOROURACILUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**FLUOROURACILUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**FLUOROURACILUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**FLUOROURACILUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**FLUOROURACILUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**FLUOROURACILUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**FLUOROURACILUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**FLUOROURACILUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**FLUOROURACILUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**FLUOROURACILUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**FLUORO URACILUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**FLUORO URACILUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**FLUORO URACILUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**FLUORO URACILUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**FLUORO URACILUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**FLUORO URACILUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**FLUORO URACILUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**FLUORO URACILUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**FLUORO URACILUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**FLUORO URACILUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**FLUORO URACILUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**FLUORO URACILUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**FLUORO URACILUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**FLUORO URACILUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**FLUORO URACILUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**FLUORO URACILUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**FLUORO URACILUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**FLUORO URACILUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**FLUORO URACILUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**FLUORO URACILUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**FLUORO URACILUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**FLUORO URACILUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**FLUORO URACILUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE 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 ZCHYŁKU 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	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**FLUORO URACILUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**FLUORO URACILUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**FLUORO URACILUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**FLUORO URACILUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**FLUORO URACILUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**FLUORO URACILUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**FLUORO URACILUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**FLUORO URACILUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY 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 MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94	**FLUORO URACILUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	**FLUORO URACILUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	**FLUORO URACILUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	**FLUORO URACILUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	**FLUORO URACILUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99	**FLUORO URACILUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100	**FLUORO URACILUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101	**FLUORO URACILUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102	**FLUORO URACILUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	**FLUORO URACILUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	**FLUORO URACILUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	**FLUORO URACILUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	**FLUORO URACILUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	**FLUORO URACILUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	**FLUORO URACILUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	**FLUORO URACILUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	**FLUORO URACILUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	**FLUORO URACILUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	**FLUORO URACILUM**	C18.7	ESICA
113	**FLUORO URACILUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**FLUORO URACILUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	**FLUORO URACILUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**FLUORO URACILUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**FLUORO URACILUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	**FLUORO URACILUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119	**FLUORO URACILUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	**FLUORO URACILUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	**FLUORO URACILUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**FLUORO URACILUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**FLUORO URACILUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**FLUORO URACILUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	**FLUORO URACILUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	**FLUORO URACILUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	**FLUORO URACILUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	**FLUORO URACILUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	**FLUORO URACILUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	**FLUORO URACILUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**FLUORO URACILUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**FLUORO URACILUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**FLUORO URACILUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**FLUORO URACILUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**FLUORO URACILUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**FLUORO URACILUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**FLUORO URACILUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	**FLUORO URACILUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	**FLUORO URACILUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	**FLUORO URACILUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	**FLUORO URACILUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	**FLUORO URACILUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143	**FLUORO URACILUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	**FLUORO URACILUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	**FLUORO URACILUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	**FLUORO URACILUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	**FLUORO URACILUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148	**FLUORO URACILUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	**FLUORO URACILUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	**FLUORO URACILUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	**FLUORO URACILUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152	**FLUORO URACILUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	**FLUORO URACILUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	**FLUORO URACILUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	**FLUORO URACILUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	**FLUORO URACILUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	**FLUORO URACILUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	**FLUORO URACILUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	**FLUORO URACILUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	**FLUORO URACILUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**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	MIĘŚNIÓWKA 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	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
201	**FLUORO URACILUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE 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 ODDECHOWEGI 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	**FLUOROURACILUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	**FLUOROURACILUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	**FLUOROURACILUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	**FLUOROURACILUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	**FLUOROURACILUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	**FLUOROURACILUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	**FLUOROURACILUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	**FLUOROURACILUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	**FLUOROURACILUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	**FLUOROURACILUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	**FLUOROURACILUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	**FLUOROURACILUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	**FLUOROURACILUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	**FLUOROURACILUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	**FLUOROURACILUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	**FLUOROURACILUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	**FLUOROURACILUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	**FLUOROURACILUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
249	**FLUOROURACILUM**	D48.4	OTRZEWNA
250	**FLUOROURACILUM**	D48.5	SKÓRA
251	**FLUOROURACILUM**	D48.6	SUTEK
252	**FLUOROURACILUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	**FLUORO URACILUM**	D48.9	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.27.

FULVESTRANT

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**FULVESTRANT**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2	**FULVESTRANT**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3	**FULVESTRANT**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4	**FULVESTRANT**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5	**FULVESTRANT**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6	**FULVESTRANT**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7	**FULVESTRANT**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8	**FULVESTRANT**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9	**FULVESTRANT**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10	**FULVESTRANT**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.28.

GEMCITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**GEMCITABINE**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2.	**GEMCITABINE**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	**GEMCITABINE**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
4.	**GEMCITABINE**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
5.	**GEMCITABINE**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
6.	**GEMCITABINE**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
7.	**GEMCITABINE**	C38.4	OPŁUCNA
8.	**GEMCITABINE**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
9.	**GEMCITABINE**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
10.	**GEMCITABINE**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
11.	**GEMCITABINE**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
12.	**GEMCITABINE**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
13.	**GEMCITABINE**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
14.	**GEMCITABINE**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
15.	**GEMCITABINE**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
16.	**GEMCITABINE**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
17.	**GEMCITABINE**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18.	**GEMCITABINE**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
19.	**GEMCITABINE**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
20.	**GEMCITABINE**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
21.	**GEMCITABINE**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
22.	**GEMCITABINE**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
23.	**GEMCITABINE**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
24.	**GEMCITABINE**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
25.	**GEMCITABINE**	C81	CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
26.	**GEMCITABINE**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
27.	**GEMCITABINE**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
28.	**GEMCITABINE**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
29.	**GEMCITABINE**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*

Załącznik C.29.

HYDROXYCARBAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
2	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
3	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
4	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
5	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
6	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
7	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
8	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
9	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
10	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
11	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
12	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
13	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
14	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
15	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
16	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
17	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
18	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
19	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
21	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
22	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
23	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
24	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
25	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
26	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
27	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
28	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
29	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
30	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
31	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
32	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
34	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
35	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
36	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
37	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
39	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
40	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
41	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
42	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
43	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
45	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
46	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
48	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
49	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
50	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
51	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
52	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
53	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
54	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
55	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
58	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
59	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
60	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
61	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
62	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
63	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
64	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
65	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
66	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
67	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
69	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
72	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
73	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
74	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
75	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
76	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
77	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
78	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
79	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
80	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
81	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
82	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57	ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
83	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.0	NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.3	CECHA SERPOWATOKRWINKOWOŚCI
87	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.8	INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
88	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA
89	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
90	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
91	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM

Załącznik C.31.

IFOSFAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**IFOSFAMIDUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**IFOSFAMIDUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**IFOSFAMIDUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**IFOSFAMIDUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**IFOSFAMIDUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**IFOSFAMIDUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**IFOSFAMIDUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**IFOSFAMIDUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**IFOSFAMIDUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**IFOSFAMIDUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**IFOSFAMIDUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**IFOSFAMIDUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**IFOSFAMIDUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**IFOSFAMIDUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**IFOSFAMIDUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**IFOSFAMIDUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**IFOSFAMIDUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**IFOSFAMIDUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**IFOSFAMIDUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**IFOSFAMIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**IFOSFAMIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**IFOSFAMIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**IFOSFAMIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**IFOSFAMIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**IFOSFAMIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**IFOSFAMIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**IFOSFAMIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**IFOSFAMIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**IFOSFAMIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**IFOSFAMIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**IFOSFAMIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**IFOSFAMIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**IFOSFAMIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**IFOSFAMIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**IFOSFAMIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**IFOSFAMIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**IFOSFAMIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**IFOSFAMIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**IFOSFAMIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**IFOSFAMIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**IFOSFAMIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**IFOSFAMIDUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**IFOSFAMIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**IFOSFAMIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**IFOSFAMIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	**IFOSFAMIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**IFOSFAMIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**IFOSFAMIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**IFOSFAMIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**IFOSFAMIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**IFOSFAMIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**IFOSFAMIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**IFOSFAMIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**IFOSFAMIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**IFOSFAMIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**IFOSFAMIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**IFOSFAMIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**IFOSFAMIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**IFOSFAMIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**IFOSFAMIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**IFOSFAMIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**IFOSFAMIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**IFOSFAMIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**IFOSFAMIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**IFOSFAMIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**IFOSFAMIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**IFOSFAMIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**IFOSFAMIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**IFOSFAMIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**IFOSFAMIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71	**IFOSFAMIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**IFOSFAMIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**IFOSFAMIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**IFOSFAMIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**IFOSFAMIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**IFOSFAMIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**IFOSFAMIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**IFOSFAMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**IFOSFAMIDUM**	C16.0	WPUST
80	**IFOSFAMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**IFOSFAMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**IFOSFAMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**IFOSFAMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**IFOSFAMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**IFOSFAMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**IFOSFAMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**IFOSFAMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**IFOSFAMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**IFOSFAMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
90	**IFOSFAMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**IFOSFAMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**IFOSFAMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**IFOSFAMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**IFOSFAMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**IFOSFAMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96	**IFOSFAMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**IFOSFAMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**IFOSFAMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**IFOSFAMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**IFOSFAMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**IFOSFAMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**IFOSFAMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**IFOSFAMIDUM**	C18.7	ESICA
104	**IFOSFAMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**IFOSFAMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**IFOSFAMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**IFOSFAMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**IFOSFAMIDUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**IFOSFAMIDUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**IFOSFAMIDUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**IFOSFAMIDUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**IFOSFAMIDUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**IFOSFAMIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	**IFOSFAMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**IFOSFAMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**IFOSFAMIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**IFOSFAMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**IFOSFAMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**IFOSFAMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**IFOSFAMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
121	**IFOSFAMIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**IFOSFAMIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**IFOSFAMIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**IFOSFAMIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**IFOSFAMIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**IFOSFAMIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**IFOSFAMIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**IFOSFAMIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**IFOSFAMIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**IFOSFAMIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**IFOSFAMIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**IFOSFAMIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**IFOSFAMIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**IFOSFAMIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**IFOSFAMIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**IFOSFAMIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137	**IFOSFAMIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**IFOSFAMIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**IFOSFAMIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**IFOSFAMIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
141	**IFOSFAMIDUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**IFOSFAMIDUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**IFOSFAMIDUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**IFOSFAMIDUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**IFOSFAMIDUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146	**IFOSFAMIDUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**IFOSFAMIDUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**IFOSFAMIDUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**IFOSFAMIDUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**IFOSFAMIDUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**IFOSFAMIDUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
152	**IFOSFAMIDUM**	C32.0	GŁOŚNIA
153	**IFOSFAMIDUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
154	**IFOSFAMIDUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
155	**IFOSFAMIDUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
156	**IFOSFAMIDUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
157	**IFOSFAMIDUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
158	**IFOSFAMIDUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
159	**IFOSFAMIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
160	**IFOSFAMIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
161	**IFOSFAMIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
162	**IFOSFAMIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
163	**IFOSFAMIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
164	**IFOSFAMIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
165	**IFOSFAMIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
166	**IFOSFAMIDUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
167	**IFOSFAMIDUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
168	**IFOSFAMIDUM**	C38.0	SERCE
169	**IFOSFAMIDUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
170	**IFOSFAMIDUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
171	**IFOSFAMIDUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172	**IFOSFAMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA
173	**IFOSFAMIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
174	**IFOSFAMIDUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
175	**IFOSFAMIDUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
176	**IFOSFAMIDUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
177	**IFOSFAMIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
178	**IFOSFAMIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
179	**IFOSFAMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
180	**IFOSFAMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181	**IFOSFAMIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
182	**IFOSFAMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183	**IFOSFAMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
184	**IFOSFAMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
185	**IFOSFAMIDUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
186	**IFOSFAMIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
187	**IFOSFAMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA
188	**IFOSFAMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
189	**IFOSFAMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
190	**IFOSFAMIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
191	**IFOSFAMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
192	**IFOSFAMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
193	**IFOSFAMIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
194	**IFOSFAMIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
195	**IFOSFAMIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
196	**IFOSFAMIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	**IFOSFAMIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
198	**IFOSFAMIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	**IFOSFAMIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	**IFOSFAMIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	**IFOSFAMIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	**IFOSFAMIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	**IFOSFAMIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	**IFOSFAMIDUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
205	**IFOSFAMIDUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
206	**IFOSFAMIDUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
207	**IFOSFAMIDUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
208	**IFOSFAMIDUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	**IFOSFAMIDUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	**IFOSFAMIDUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	**IFOSFAMIDUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
212	**IFOSFAMIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	**IFOSFAMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
214	**IFOSFAMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	**IFOSFAMIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	**IFOSFAMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
217	**IFOSFAMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	**IFOSFAMIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	**IFOSFAMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	**IFOSFAMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
221	**IFOSFAMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222	**IFOSFAMIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	**IFOSFAMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
224	**IFOSFAMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
225	**IFOSFAMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
226	**IFOSFAMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
227	**IFOSFAMIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
228	**IFOSFAMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
229	**IFOSFAMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
230	**IFOSFAMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
231	**IFOSFAMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
232	**IFOSFAMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
233	**IFOSFAMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
234	**IFOSFAMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
235	**IFOSFAMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
236	**IFOSFAMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
237	**IFOSFAMIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
238	**IFOSFAMIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
239	**IFOSFAMIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
240	**IFOSFAMIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241	**IFOSFAMIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
242	**IFOSFAMIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243	**IFOSFAMIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
244	**IFOSFAMIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
245	**IFOSFAMIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
246	**IFOSFAMIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
247	**IFOSFAMIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
248	**IFOSFAMIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
249	**IFOSFAMIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
250	**IFOSFAMIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
251	**IFOSFAMIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
252	**IFOSFAMIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
253	**IFOSFAMIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
254	**IFOSFAMIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
255	**IFOSFAMIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
256	**IFOSFAMIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
257	**IFOSFAMIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
258	**IFOSFAMIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
259	**IFOSFAMIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
260	**IFOSFAMIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
261	**IFOSFAMIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
262	**IFOSFAMIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
263	**IFOSFAMIDUM**	C54.3	DNO MACICY
264	**IFOSFAMIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
265	**IFOSFAMIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
266	**IFOSFAMIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
267	**IFOSFAMIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
268	**IFOSFAMIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	**IFOSFAMIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
270	**IFOSFAMIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
271	**IFOSFAMIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
272	**IFOSFAMIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
273	**IFOSFAMIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
274	**IFOSFAMIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
275	**IFOSFAMIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
276	**IFOSFAMIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
277	**IFOSFAMIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	**IFOSFAMIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	**IFOSFAMIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	**IFOSFAMIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	**IFOSFAMIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	**IFOSFAMIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	**IFOSFAMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
284	**IFOSFAMIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	**IFOSFAMIDUM**	C63.2	MOSZNA
286	**IFOSFAMIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	**IFOSFAMIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	**IFOSFAMIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	**IFOSFAMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	**IFOSFAMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	**IFOSFAMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	**IFOSFAMIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	**IFOSFAMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	**IFOSFAMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	**IFOSFAMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
296	**IFOSFAMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**IFOSFAMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**IFOSFAMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**IFOSFAMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
300	**IFOSFAMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
301	**IFOSFAMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**IFOSFAMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	**IFOSFAMIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	**IFOSFAMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	**IFOSFAMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	**IFOSFAMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	**IFOSFAMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	**IFOSFAMIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	**IFOSFAMIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
310	**IFOSFAMIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
311	**IFOSFAMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
312	**IFOSFAMIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	**IFOSFAMIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	**IFOSFAMIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	**IFOSFAMIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
316	**IFOSFAMIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	**IFOSFAMIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	**IFOSFAMIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	**IFOSFAMIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	**IFOSFAMIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321	**IFOSFAMIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	**IFOSFAMIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	**IFOSFAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
324	**IFOSFAMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	**IFOSFAMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	**IFOSFAMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	**IFOSFAMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	**IFOSFAMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	**IFOSFAMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
330	**IFOSFAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	**IFOSFAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	**IFOSFAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	**IFOSFAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	**IFOSFAMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	**IFOSFAMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
336	**IFOSFAMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	**IFOSFAMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
338	**IFOSFAMIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	**IFOSFAMIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	**IFOSFAMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	**IFOSFAMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	**IFOSFAMIDUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	**IFOSFAMIDUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	**IFOSFAMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
345	**IFOSFAMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	**IFOSFAMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
347	**IFOSFAMIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	**IFOSFAMIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	**IFOSFAMIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	**IFOSFAMIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	**IFOSFAMIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
352	**IFOSFAMIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	**IFOSFAMIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
354	**IFOSFAMIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	**IFOSFAMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	**IFOSFAMIDUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	**IFOSFAMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	**IFOSFAMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	**IFOSFAMIDUM**	C76.2	BRZUCH
360	**IFOSFAMIDUM**	C76.3	MIEDNICA
361	**IFOSFAMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	**IFOSFAMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	**IFOSFAMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	**IFOSFAMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	**IFOSFAMIDUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	**IFOSFAMIDUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	**IFOSFAMIDUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	**IFOSFAMIDUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	**IFOSFAMIDUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
370	**IFOSFAMIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	**IFOSFAMIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	**IFOSFAMIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	**IFOSFAMIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	**IFOSFAMIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
375	**IFOSFAMIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	**IFOSFAMIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	**IFOSFAMIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	**IFOSFAMIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	**IFOSFAMIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	**IFOSFAMIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	**IFOSFAMIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	**IFOSFAMIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	**IFOSFAMIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	**IFOSFAMIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	**IFOSFAMIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	**IFOSFAMIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	**IFOSFAMIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	**IFOSFAMIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	**IFOSFAMIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	**IFOSFAMIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	**IFOSFAMIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
392	**IFOSFAMIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	**IFOSFAMIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	**IFOSFAMIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	**IFOSFAMIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
396	**IFOSFAMIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	**IFOSFAMIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	**IFOSFAMIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	**IFOSFAMIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	**IFOSFAMIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	**IFOSFAMIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	**IFOSFAMIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	**IFOSFAMIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	**IFOSFAMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	**IFOSFAMIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	**IFOSFAMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	**IFOSFAMIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**IFOSFAMIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	**IFOSFAMIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	**IFOSFAMIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	**IFOSFAMIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	**IFOSFAMIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	**IFOSFAMIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	**IFOSFAMIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
415	**IFOSFAMIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	**IFOSFAMIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	**IFOSFAMIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	**IFOSFAMIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	**IFOSFAMIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	**IFOSFAMIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421	**IFOSFAMIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
422	**IFOSFAMIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	**IFOSFAMIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	**IFOSFAMIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	**IFOSFAMIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	**IFOSFAMIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	**IFOSFAMIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	**IFOSFAMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	**IFOSFAMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	**IFOSFAMIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	**IFOSFAMIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	**IFOSFAMIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
433	**IFOSFAMIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	**IFOSFAMIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	**IFOSFAMIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	**IFOSFAMIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	**IFOSFAMIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	**IFOSFAMIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
439	**IFOSFAMIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	**IFOSFAMIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
441	**IFOSFAMIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	**IFOSFAMIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	**IFOSFAMIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	**IFOSFAMIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	**IFOSFAMIDUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
446	**IFOSFAMIDUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	**IFOSFAMIDUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	**IFOSFAMIDUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	**IFOSFAMIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	**IFOSFAMIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	**IFOSFAMIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	**IFOSFAMIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	**IFOSFAMIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	**IFOSFAMIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**IFOSFAMIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	**IFOSFAMIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	**IFOSFAMIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	**IFOSFAMIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	**IFOSFAMIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	**IFOSFAMIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	**IFOSFAMIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	**IFOSFAMIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
463	**IFOSFAMIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	**IFOSFAMIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**IFOSFAMIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	**IFOSFAMIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	**IFOSFAMIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	**IFOSFAMIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	**IFOSFAMIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	**IFOSFAMIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
471	**IFOSFAMIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	**IFOSFAMIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	**IFOSFAMIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	**IFOSFAMIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	**IFOSFAMIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	**IFOSFAMIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	**IFOSFAMIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**IFOSFAMIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**IFOSFAMIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	**IFOSFAMIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	**IFOSFAMIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	**IFOSFAMIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	**IFOSFAMIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	**IFOSFAMIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	**IFOSFAMIDUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
486	**IFOSFAMIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	**IFOSFAMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	**IFOSFAMIDUM**	D01	RAKI IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	**IFOSFAMIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
490	**IFOSFAMIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	**IFOSFAMIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
492	**IFOSFAMIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	**IFOSFAMIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	**IFOSFAMIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
495	**IFOSFAMIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	**IFOSFAMIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	**IFOSFAMIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
498	**IFOSFAMIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	**IFOSFAMIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
500	**IFOSFAMIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	**IFOSFAMIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	**IFOSFAMIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	**IFOSFAMIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	**IFOSFAMIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	**IFOSFAMIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	**IFOSFAMIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	**IFOSFAMIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	**IFOSFAMIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
509	**IFOSFAMIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	**IFOSFAMIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	**IFOSFAMIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	**IFOSFAMIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	**IFOSFAMIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	**IFOSFAMIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	**IFOSFAMIDUM**	D07.1	SROM
516	**IFOSFAMIDUM**	D07.2	POCHWA
517	**IFOSFAMIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	**IFOSFAMIDUM**	D07.4	PRĄCIE
519	**IFOSFAMIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
520	**IFOSFAMIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	**IFOSFAMIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	**IFOSFAMIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	**IFOSFAMIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	**IFOSFAMIDUM**	D09.2	OKO
525	**IFOSFAMIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	**IFOSFAMIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	**IFOSFAMIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	**IFOSFAMIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	**IFOSFAMIDUM**	D10.0	WARGA
530	**IFOSFAMIDUM**	D10.1	JĘZYK
531	**IFOSFAMIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	**IFOSFAMIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
533	**IFOSFAMIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
534	**IFOSFAMIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	**IFOSFAMIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	**IFOSFAMIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	**IFOSFAMIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	**IFOSFAMIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	**IFOSFAMIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	**IFOSFAMIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	**IFOSFAMIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	**IFOSFAMIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	**IFOSFAMIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	**IFOSFAMIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
545	**IFOSFAMIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	**IFOSFAMIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	**IFOSFAMIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	**IFOSFAMIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	**IFOSFAMIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	**IFOSFAMIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	**IFOSFAMIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
552	**IFOSFAMIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	**IFOSFAMIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	**IFOSFAMIDUM**	D13.0	PRZEŁYK
555	**IFOSFAMIDUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
556	**IFOSFAMIDUM**	D13.2	DWUNASTNICA
557	**IFOSFAMIDUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	**IFOSFAMIDUM**	D13.4	WĄTROBA
559	**IFOSFAMIDUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	**IFOSFAMIDUM**	D13.6	TRZUSTKA
561	**IFOSFAMIDUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	**IFOSFAMIDUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	**IFOSFAMIDUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	**IFOSFAMIDUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	**IFOSFAMIDUM**	D14.1	KRTAŃ
566	**IFOSFAMIDUM**	D14.2	TCHAWICA
567	**IFOSFAMIDUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	**IFOSFAMIDUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	**IFOSFAMIDUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
570	**IFOSFAMIDUM**	D15.0	GRASICA
571	**IFOSFAMIDUM**	D15.1	SERCE
572	**IFOSFAMIDUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	**IFOSFAMIDUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	**IFOSFAMIDUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	**IFOSFAMIDUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	**IFOSFAMIDUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	**IFOSFAMIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	**IFOSFAMIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
579	**IFOSFAMIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	**IFOSFAMIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	**IFOSFAMIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
582	**IFOSFAMIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	**IFOSFAMIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	**IFOSFAMIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	**IFOSFAMIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	**IFOSFAMIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
587	**IFOSFAMIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
588	**IFOSFAMIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
589	**IFOSFAMIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
590	**IFOSFAMIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
591	**IFOSFAMIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
592	**IFOSFAMIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
593	**IFOSFAMIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
594	**IFOSFAMIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
595	**IFOSFAMIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
596	**IFOSFAMIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
597	**IFOSFAMIDUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
598	**IFOSFAMIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
599	**IFOSFAMIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
600	**IFOSFAMIDUM**	D28.0	SROM
601	**IFOSFAMIDUM**	D28.1	POCHWA
602	**IFOSFAMIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
603	**IFOSFAMIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
604	**IFOSFAMIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
605	**IFOSFAMIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
606	**IFOSFAMIDUM**	D29.0	PRĄCIE
607	**IFOSFAMIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
608	**IFOSFAMIDUM**	D29.2	JĄDRO
609	**IFOSFAMIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
610	**IFOSFAMIDUM**	D29.4	MOSZNA
611	**IFOSFAMIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
612	**IFOSFAMIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
613	**IFOSFAMIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
614	**IFOSFAMIDUM**	D30.0	NERKA
615	**IFOSFAMIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
616	**IFOSFAMIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
617	**IFOSFAMIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
618	**IFOSFAMIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
619	**IFOSFAMIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
620	**IFOSFAMIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
621	**IFOSFAMIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
622	**IFOSFAMIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
623	**IFOSFAMIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
624	**IFOSFAMIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
625	**IFOSFAMIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
626	**IFOSFAMIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
627	**IFOSFAMIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
628	**IFOSFAMIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
629	**IFOSFAMIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
630	**IFOSFAMIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
631	**IFOSFAMIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
632	**IFOSFAMIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
633	**IFOSFAMIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
634	**IFOSFAMIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
635	**IFOSFAMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
636	**IFOSFAMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
637	**IFOSFAMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
638	**IFOSFAMIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
639	**IFOSFAMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
640	**IFOSFAMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
641	**IFOSFAMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
642	**IFOSFAMIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
643	**IFOSFAMIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
644	**IFOSFAMIDUM**	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645	**IFOSFAMIDUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
646	**IFOSFAMIDUM**	D35.2	PRZYSADKA
647	**IFOSFAMIDUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
648	**IFOSFAMIDUM**	D35.4	SZYSZYNKA
649	**IFOSFAMIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
650	**IFOSFAMIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
651	**IFOSFAMIDUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
652	**IFOSFAMIDUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
653	**IFOSFAMIDUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
654	**IFOSFAMIDUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
655	**IFOSFAMIDUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
656	**IFOSFAMIDUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
657	**IFOSFAMIDUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
658	**IFOSFAMIDUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
659	**IFOSFAMIDUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
660	**IFOSFAMIDUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
661	**IFOSFAMIDUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
662	**IFOSFAMIDUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
663	**IFOSFAMIDUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
664	**IFOSFAMIDUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
665	**IFOSFAMIDUM**	D37.5	ODBYTNICA
666	**IFOSFAMIDUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
667	**IFOSFAMIDUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
668	**IFOSFAMIDUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
669	**IFOSFAMIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	**IFOSFAMIDUM**	D38.0	KRTAŃ
671	**IFOSFAMIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
672	**IFOSFAMIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
673	**IFOSFAMIDUM**	D38.3	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	PĘCHERZ MOCZOWY
694	**IFOSFAMIDUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	**IFOSFAMIDUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
696	**IFOSFAMIDUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
697	**IFOSFAMIDUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
698	**IFOSFAMIDUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
699	**IFOSFAMIDUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
700	**IFOSFAMIDUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
701	**IFOSFAMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
702	**IFOSFAMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
703	**IFOSFAMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
704	**IFOSFAMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
705	**IFOSFAMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
706	**IFOSFAMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
707	**IFOSFAMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
708	**IFOSFAMIDUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
709	**IFOSFAMIDUM**	D44.0	TARCZYCA
710	**IFOSFAMIDUM**	D44.1	NADNERCZA
711	**IFOSFAMIDUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
712	**IFOSFAMIDUM**	D44.3	PRZYSADKA
713	**IFOSFAMIDUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
714	**IFOSFAMIDUM**	D44.5	SZYSZYNKA
715	**IFOSFAMIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
716	**IFOSFAMIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
717	**IFOSFAMIDUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
718	**IFOSFAMIDUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
719	**IFOSFAMIDUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720	**IFOSFAMIDUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	**IFOSFAMIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
722	**IFOSFAMIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
723	**IFOSFAMIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
724	**IFOSFAMIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
725	**IFOSFAMIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
726	**IFOSFAMIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
727	**IFOSFAMIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
728	**IFOSFAMIDUM**	D48.5	SKÓRA
729	**IFOSFAMIDUM**	D48.6	SUTEK
730	**IFOSFAMIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
731	**IFOSFAMIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
732	**IFOSFAMIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
733	**IFOSFAMIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
734	**IFOSFAMIDUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
735	**IFOSFAMIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
736	**IFOSFAMIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
737	**IFOSFAMIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
738	**IFOSFAMIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
739	**IFOSFAMIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
740	**IFOSFAMIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
741	**IFOSFAMIDUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.35.

IRINOTECANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IRINOTECANUM**	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	**IRINOTECANUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**IRINOTECANUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**IRINOTECANUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**IRINOTECANUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**IRINOTECANUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**IRINOTECANUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	**IRINOTECANUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	**IRINOTECANUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	**IRINOTECANUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	**IRINOTECANUM**	C16.0	WPUST
12.	**IRINOTECANUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	**IRINOTECANUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	**IRINOTECANUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	**IRINOTECANUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	**IRINOTECANUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	**IRINOTECANUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	**IRINOTECANUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	**IRINOTECANUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	**IRINOTECANUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	**IRINOTECANUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	**IRINOTECANUM**	C17.1	JELITO CZCZE
23.	**IRINOTECANUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**IRINOTECANUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**IRINOTECANUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**IRINOTECANUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**IRINOTECANUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**IRINOTECANUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	**IRINOTECANUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**IRINOTECANUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**IRINOTECANUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**IRINOTECANUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**IRINOTECANUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**IRINOTECANUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**IRINOTECANUM**	C18.7	ESICA
36.	**IRINOTECANUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**IRINOTECANUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**IRINOTECANUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**IRINOTECANUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**IRINOTECANUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
41.	**IRINOTECANUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
42.	**IRINOTECANUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
43.	**IRINOTECANUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
44.	**IRINOTECANUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
45.	**IRINOTECANUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
46.	**IRINOTECANUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
47.	**IRINOTECANUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48.	**IRINOTECANUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
49.	**IRINOTECANUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
50.	**IRINOTECANUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
51.	**IRINOTECANUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
52.	**IRINOTECANUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
53.	**IRINOTECANUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
54.	**IRINOTECANUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
55.	**IRINOTECANUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
56.	**IRINOTECANUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
57.	**IRINOTECANUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
58.	**IRINOTECANUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
59.	**IRINOTECANUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
60.	**IRINOTECANUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
61.	**IRINOTECANUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
62.	**IRINOTECANUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
63.	**IRINOTECANUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
64.	**IRINOTECANUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
65.	**IRINOTECANUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
66.	**IRINOTECANUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
67.	**IRINOTECANUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
68.	**IRINOTECANUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
69.	**IRINOTECANUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
70.	**IRINOTECANUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
71.	**IRINOTECANUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
72.	**IRINOTECANUM**	C41.1	ŻUCHWA
73.	**IRINOTECANUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	**IRINOTECANUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
75.	**IRINOTECANUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
76.	**IRINOTECANUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
77.	**IRINOTECANUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
78.	**IRINOTECANUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
79.	**IRINOTECANUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
80.	**IRINOTECANUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
81.	**IRINOTECANUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
82.	**IRINOTECANUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
83.	**IRINOTECANUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
84.	**IRINOTECANUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
85.	**IRINOTECANUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
86.	**IRINOTECANUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
87.	**IRINOTECANUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
88.	**IRINOTECANUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
89.	**IRINOTECANUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
90.	**IRINOTECANUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
91.	**IRINOTECANUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
92.	**IRINOTECANUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
93.	**IRINOTECANUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
94.	**IRINOTECANUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
95.	**IRINOTECANUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
96.	**IRINOTECANUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
97.	**IRINOTECANUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
98.	**IRINOTECANUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
99.	**IRINOTECANUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
100.	**IRINOTECANUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
101.	**IRINOTECANUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
102.	**IRINOTECANUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
103.	**IRINOTECANUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
104.	**IRINOTECANUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
105.	**IRINOTECANUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
106.	**IRINOTECANUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
107.	**IRINOTECANUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
108.	**IRINOTECANUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
109.	**IRINOTECANUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
110.	**IRINOTECANUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
111.	**IRINOTECANUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
112.	**IRINOTECANUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
113.	**IRINOTECANUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
114.	**IRINOTECANUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
115.	**IRINOTECANUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
116.	**IRINOTECANUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
117.	**IRINOTECANUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
118.	**IRINOTECANUM**	C67.7	MOCZOWNIK
119.	**IRINOTECANUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
120.	**IRINOTECANUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
121.	**IRINOTECANUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
122.	**IRINOTECANUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
123.	**IRINOTECANUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
124.	**IRINOTECANUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
125.	**IRINOTECANUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
126.	**IRINOTECANUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
127.	**IRINOTECANUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
128.	**IRINOTECANUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
129.	**IRINOTECANUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
130.	**IRINOTECANUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
131.	**IRINOTECANUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
132.	**IRINOTECANUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
133.	**IRINOTECANUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
134.	**IRINOTECANUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
135.	**IRINOTECANUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
136.	**IRINOTECANUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
137.	**IRINOTECANUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
138.	**IRINOTECANUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
139.	**IRINOTECANUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
140.	**IRINOTECANUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.a.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LANREOTIDUM**	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	**LANREOTIDUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**LANREOTIDUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**LANREOTIDUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**LANREOTIDUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**LANREOTIDUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**LANREOTIDUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	**LANREOTIDUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	**LANREOTIDUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	**LANREOTIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	**LANREOTIDUM**	C16.0	WPUST
12.	**LANREOTIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	**LANREOTIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	**LANREOTIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	**LANREOTIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	**LANREOTIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	**LANREOTIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	**LANREOTIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	**LANREOTIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	**LANREOTIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	**LANREOTIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
22.	**LANREOTIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	**LANREOTIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**LANREOTIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**LANREOTIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**LANREOTIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**LANREOTIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**LANREOTIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	**LANREOTIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**LANREOTIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**LANREOTIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**LANREOTIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**LANREOTIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**LANREOTIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**LANREOTIDUM**	C18.7	ESICA
36.	**LANREOTIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**LANREOTIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**LANREOTIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**LANREOTIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**LANREOTIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	**LANREOTIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	**LANREOTIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	**LANREOTIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	**LANREOTIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	**LANREOTIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	**LANREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
47.	**LANREOTIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	**LANREOTIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	**LANREOTIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	**LANREOTIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	**LANREOTIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	**LANREOTIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	**LANREOTIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	**LANREOTIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	**LANREOTIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	**LANREOTIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	**LANREOTIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	**LANREOTIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	**LANREOTIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	**LANREOTIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	**LANREOTIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	**LANREOTIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	**LANREOTIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	**LANREOTIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	**LANREOTIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
66.	**LANREOTIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	**LANREOTIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
68.	**LANREOTIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	**LANREOTIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	**LANREOTIDUM**	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	**LANREOTIDUM**	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	**LANREOTIDUM**	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	**LANREOTIDUM**	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	**LANREOTIDUM**	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.b.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LANREOTIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia

Załącznik C.39.

MELPHALANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MELPHALANUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**MELPHALANUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**MELPHALANUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**MELPHALANUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**MELPHALANUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**MELPHALANUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**MELPHALANUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**MELPHALANUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**MELPHALANUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**MELPHALANUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**MELPHALANUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**MELPHALANUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
13.	**MELPHALANUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
14.	**MELPHALANUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
15.	**MELPHALANUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
16.	**MELPHALANUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
17.	**MELPHALANUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
18.	**MELPHALANUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
19.	**MELPHALANUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
20.	**MELPHALANUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
21.	**MELPHALANUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	**MELPHALANUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
23.	**MELPHALANUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
24.	**MELPHALANUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
25.	**MELPHALANUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26.	**MELPHALANUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
27.	**MELPHALANUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28.	**MELPHALANUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
29.	**MELPHALANUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
30.	**MELPHALANUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
31.	**MELPHALANUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
32.	**MELPHALANUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33.	**MELPHALANUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
34.	**MELPHALANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
35.	**MELPHALANUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
36.	**MELPHALANUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**MELPHALANUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
38.	**MELPHALANUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
39.	**MELPHALANUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
40.	**MELPHALANUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
41.	**MELPHALANUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
42.	**MELPHALANUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
43.	**MELPHALANUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
44.	**MELPHALANUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
45.	**MELPHALANUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
46.	**MELPHALANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
47.	**MELPHALANUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
48.	**MELPHALANUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
49.	**MELPHALANUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
50.	**MELPHALANUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
51.	**MELPHALANUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
52.	**MELPHALANUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
53.	**MELPHALANUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	**MELPHALANUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
55.	**MELPHALANUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
56.	**MELPHALANUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
57.	**MELPHALANUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
58.	**MELPHALANUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
59.	**MELPHALANUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
60.	**MELPHALANUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
61.	**MELPHALANUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
62.	**MELPHALANUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.40.

MERCAPTOPURINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MERCAPTOPURINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	**MERCAPTOPURINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	**MERCAPTOPURINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	**MERCAPTOPURINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	**MERCAPTOPURINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**MERCAPTOPURINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
43.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44.	**MERCAPTOPURINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
45.	**MERCAPTOPURINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
47.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
49.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
50.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
51.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
52.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
53.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
54.	**MERCAPTOPURINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
55.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
58.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
59.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
60.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
61.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
62.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
63.	**MERCAPTOPURINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
68.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
69.	**MERCAPTOPURINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
70.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
71.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
72.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
73.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
74.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
75.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
76.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
77.	**MERCAPTOPURINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
83.	**MERCAPTOPURINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
84.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
85.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
86.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
87.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
88.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
89.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
90.	**MERCAPTOPURINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
91.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
92.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
93.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
94.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
95.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
96.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
97.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
98.	**MERCAPTOPURINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
99.	**MERCAPTOPURINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
100.	**MERCAPTOPURINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
101.	**MERCAPTOPURINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
102.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
103.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
104.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
105.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
106.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
107.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
108.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.41.

METHOTREXATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**METHOTREXATUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**METHOTREXATUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**METHOTREXATUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**METHOTREXATUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**METHOTREXATUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**METHOTREXATUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**METHOTREXATUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**METHOTREXATUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**METHOTREXATUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**METHOTREXATUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**METHOTREXATUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**METHOTREXATUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**METHOTREXATUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**METHOTREXATUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**METHOTREXATUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**METHOTREXATUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**METHOTREXATUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**METHOTREXATUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**METHOTREXATUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	**METHOTREXATUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**METHOTREXATUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**METHOTREXATUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**METHOTREXATUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**METHOTREXATUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**METHOTREXATUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**METHOTREXATUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**METHOTREXATUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**METHOTREXATUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**METHOTREXATUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**METHOTREXATUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**METHOTREXATUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**METHOTREXATUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**METHOTREXATUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**METHOTREXATUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**METHOTREXATUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**METHOTREXATUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**METHOTREXATUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**METHOTREXATUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**METHOTREXATUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**METHOTREXATUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**METHOTREXATUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**METHOTREXATUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**METHOTREXATUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**METHOTREXATUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**METHOTREXATUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**METHOTREXATUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**METHOTREXATUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**METHOTREXATUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**METHOTREXATUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**METHOTREXATUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**METHOTREXATUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**METHOTREXATUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**METHOTREXATUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**METHOTREXATUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**METHOTREXATUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**METHOTREXATUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**METHOTREXATUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**METHOTREXATUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**METHOTREXATUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**METHOTREXATUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**METHOTREXATUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**METHOTREXATUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**METHOTREXATUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**METHOTREXATUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**METHOTREXATUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	**METHOTREXATUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**METHOTREXATUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	**METHOTREXATUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**METHOTREXATUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**METHOTREXATUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	**METHOTREXATUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**METHOTREXATUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**METHOTREXATUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**METHOTREXATUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**METHOTREXATUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	**METHOTREXATUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	**METHOTREXATUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	**METHOTREXATUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	**METHOTREXATUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	**METHOTREXATUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	**METHOTREXATUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	**METHOTREXATUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
83.	**METHOTREXATUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	**METHOTREXATUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	**METHOTREXATUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	**METHOTREXATUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	**METHOTREXATUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	**METHOTREXATUM**	C32.0	GŁOŚNIA
89.	**METHOTREXATUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	**METHOTREXATUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	**METHOTREXATUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	**METHOTREXATUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	**METHOTREXATUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	**METHOTREXATUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	**METHOTREXATUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	**METHOTREXATUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	**METHOTREXATUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	**METHOTREXATUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	**METHOTREXATUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	**METHOTREXATUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	**METHOTREXATUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
102.	**METHOTREXATUM**	C38.0	SERCE
103.	**METHOTREXATUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	**METHOTREXATUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
105.	**METHOTREXATUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	**METHOTREXATUM**	C38.4	OPŁUCNA
107.	**METHOTREXATUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
108.	**METHOTREXATUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
109.	**METHOTREXATUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	**METHOTREXATUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
111.	**METHOTREXATUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	**METHOTREXATUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	**METHOTREXATUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	**METHOTREXATUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	**METHOTREXATUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	**METHOTREXATUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	**METHOTREXATUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	**METHOTREXATUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	**METHOTREXATUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
120.	**METHOTREXATUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	**METHOTREXATUM**	C41.1	ŻUCHWA
122.	**METHOTREXATUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	**METHOTREXATUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	**METHOTREXATUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	**METHOTREXATUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	**METHOTREXATUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**METHOTREXATUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	**METHOTREXATUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	**METHOTREXATUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	**METHOTREXATUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	**METHOTREXATUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	**METHOTREXATUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	**METHOTREXATUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	**METHOTREXATUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	**METHOTREXATUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	**METHOTREXATUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	**METHOTREXATUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	**METHOTREXATUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	**METHOTREXATUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	**METHOTREXATUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	**METHOTREXATUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	**METHOTREXATUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	**METHOTREXATUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	**METHOTREXATUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
145.	**METHOTREXATUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	**METHOTREXATUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	**METHOTREXATUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	**METHOTREXATUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	**METHOTREXATUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	**METHOTREXATUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	**METHOTREXATUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	**METHOTREXATUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	**METHOTREXATUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	**METHOTREXATUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	**METHOTREXATUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	**METHOTREXATUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	**METHOTREXATUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	**METHOTREXATUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	**METHOTREXATUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	**METHOTREXATUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	**METHOTREXATUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	**METHOTREXATUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	**METHOTREXATUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	**METHOTREXATUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	**METHOTREXATUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	**METHOTREXATUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
167.	**METHOTREXATUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
168.	**METHOTREXATUM**	C57.3	PRZYMACICZA
169.	**METHOTREXATUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	**METHOTREXATUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	**METHOTREXATUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	**METHOTREXATUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	**METHOTREXATUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	**METHOTREXATUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	**METHOTREXATUM**	C60.0	NAPLETEK
176.	**METHOTREXATUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	**METHOTREXATUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	**METHOTREXATUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	**METHOTREXATUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	**METHOTREXATUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	**METHOTREXATUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	**METHOTREXATUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	**METHOTREXATUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	**METHOTREXATUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	**METHOTREXATUM**	C63.0	NAJĄDRZE
186.	**METHOTREXATUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	**METHOTREXATUM**	C63.2	MOSZNA
188.	**METHOTREXATUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	**METHOTREXATUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	**METHOTREXATUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	**METHOTREXATUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	**METHOTREXATUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
193.	**METHOTREXATUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
194.	**METHOTREXATUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	**METHOTREXATUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	**METHOTREXATUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	**METHOTREXATUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	**METHOTREXATUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	**METHOTREXATUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	**METHOTREXATUM**	C67.7	MOCZOWNIK
201.	**METHOTREXATUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	**METHOTREXATUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	**METHOTREXATUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	**METHOTREXATUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	**METHOTREXATUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	**METHOTREXATUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	**METHOTREXATUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	**METHOTREXATUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	**METHOTREXATUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
210.	**METHOTREXATUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	**METHOTREXATUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	**METHOTREXATUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	**METHOTREXATUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	**METHOTREXATUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	**METHOTREXATUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	**METHOTREXATUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	**METHOTREXATUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	**METHOTREXATUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	**METHOTREXATUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	**METHOTREXATUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	**METHOTREXATUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	**METHOTREXATUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
223.	**METHOTREXATUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
224.	**METHOTREXATUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
225.	**METHOTREXATUM**	C76.2	BRZUCH
226.	**METHOTREXATUM**	C76.3	MIEDNICA
227.	**METHOTREXATUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
228.	**METHOTREXATUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
229.	**METHOTREXATUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
230.	**METHOTREXATUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
231.	**METHOTREXATUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
232.	**METHOTREXATUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
233.	**METHOTREXATUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
234.	**METHOTREXATUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
235.	**METHOTREXATUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
236.	**METHOTREXATUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
237.	**METHOTREXATUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
238.	**METHOTREXATUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
239.	**METHOTREXATUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
240.	**METHOTREXATUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
241.	**METHOTREXATUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
242.	**METHOTREXATUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
243.	**METHOTREXATUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
244.	**METHOTREXATUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
245.	**METHOTREXATUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
246.	**METHOTREXATUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
247.	**METHOTREXATUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
248.	**METHOTREXATUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
249.	**METHOTREXATUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
250.	**METHOTREXATUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
251.	**METHOTREXATUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
252.	**METHOTREXATUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
253.	**METHOTREXATUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
254.	**METHOTREXATUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
255.	**METHOTREXATUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
256.	**METHOTREXATUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
257.	**METHOTREXATUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
258.	**METHOTREXATUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
259.	**METHOTREXATUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
260.	**METHOTREXATUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
261.	**METHOTREXATUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
262.	**METHOTREXATUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
263.	**METHOTREXATUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
264.	**METHOTREXATUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
265.	**METHOTREXATUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
266.	**METHOTREXATUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
267.	**METHOTREXATUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
268.	**METHOTREXATUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
269.	**METHOTREXATUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
270.	**METHOTREXATUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
271.	**METHOTREXATUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
272.	**METHOTREXATUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
273.	**METHOTREXATUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
274.	**METHOTREXATUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
275.	**METHOTREXATUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
276.	**METHOTREXATUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
277.	**METHOTREXATUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
278.	**METHOTREXATUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
279.	**METHOTREXATUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
280.	**METHOTREXATUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
281.	**METHOTREXATUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
282.	**METHOTREXATUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
283.	**METHOTREXATUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
284.	**METHOTREXATUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
285.	**METHOTREXATUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
286.	**METHOTREXATUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
287.	**METHOTREXATUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
288.	**METHOTREXATUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
289.	**METHOTREXATUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
290.	**METHOTREXATUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
291.	**METHOTREXATUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
292.	**METHOTREXATUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
293.	**METHOTREXATUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
294.	**METHOTREXATUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
295.	**METHOTREXATUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
296.	**METHOTREXATUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
297.	**METHOTREXATUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
298.	**METHOTREXATUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
299.	**METHOTREXATUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
300.	**METHOTREXATUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
301.	**METHOTREXATUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
302.	**METHOTREXATUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
303.	**METHOTREXATUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
304.	**METHOTREXATUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
305.	**METHOTREXATUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
306.	**METHOTREXATUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
307.	**METHOTREXATUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
308.	**METHOTREXATUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
309.	**METHOTREXATUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
310.	**METHOTREXATUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
311.	**METHOTREXATUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
312.	**METHOTREXATUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
313.	**METHOTREXATUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
314.	**METHOTREXATUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
315.	**METHOTREXATUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
316.	**METHOTREXATUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
317.	**METHOTREXATUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
318.	**METHOTREXATUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
319.	**METHOTREXATUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
320.	**METHOTREXATUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
321.	**METHOTREXATUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
322.	**METHOTREXATUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
323.	**METHOTREXATUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
324.	**METHOTREXATUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
325.	**METHOTREXATUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
326.	**METHOTREXATUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
327.	**METHOTREXATUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
328.	**METHOTREXATUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
329.	**METHOTREXATUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
330.	**METHOTREXATUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
331.	**METHOTREXATUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
332.	**METHOTREXATUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
333.	**METHOTREXATUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
334.	**METHOTREXATUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
335.	**METHOTREXATUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
336.	**METHOTREXATUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
337.	**METHOTREXATUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
338.	**METHOTREXATUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
339.	**METHOTREXATUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
340.	**METHOTREXATUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
341.	**METHOTREXATUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
342.	**METHOTREXATUM**	D38.4	GRASICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	**METHOTREXATUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
344.	**METHOTREXATUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
345.	**METHOTREXATUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
346.	**METHOTREXATUM**	D39.0	MACICA
347.	**METHOTREXATUM**	D39.1	JAJNIK
348.	**METHOTREXATUM**	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA
349.	**METHOTREXATUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
350.	**METHOTREXATUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
351.	**METHOTREXATUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
352.	**METHOTREXATUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
353.	**METHOTREXATUM**	D40.1	JĄDRO
354.	**METHOTREXATUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
355.	**METHOTREXATUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
356.	**METHOTREXATUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
357.	**METHOTREXATUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
358.	**METHOTREXATUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
359.	**METHOTREXATUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
360.	**METHOTREXATUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
361.	**METHOTREXATUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
362.	**METHOTREXATUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
363.	**METHOTREXATUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
364.	**METHOTREXATUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
365.	**METHOTREXATUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
366.	**METHOTREXATUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
367.	**METHOTREXATUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368.	**METHOTREXATUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
369.	**METHOTREXATUM**	D44.5	SZYSZYNKA
370.	**METHOTREXATUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
371.	**METHOTREXATUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
372.	**METHOTREXATUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
373.	**METHOTREXATUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
374.	**METHOTREXATUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
375.	**METHOTREXATUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
376.	**METHOTREXATUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
377.	**METHOTREXATUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
378.	**METHOTREXATUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
379.	**METHOTREXATUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	**METHOTREXATUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
381.	**METHOTREXATUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
382.	**METHOTREXATUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
383.	**METHOTREXATUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
384.	**METHOTREXATUM**	D48.4	OTRZEWNA
385.	**METHOTREXATUM**	D48.5	SKÓRA
386.	**METHOTREXATUM**	D48.6	SUTEK
387.	**METHOTREXATUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
388.	**METHOTREXATUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
389.	**METHOTREXATUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
390.	**METHOTREXATUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
391.	**METHOTREXATUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
392.	**METHOTREXATUM**	O01	ZAŚNIAD GRONIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**METHOTREXATUM**	O01.0	KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY
394.	**METHOTREXATUM**	O01.1	NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY
395.	**METHOTREXATUM**	O01.9	ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY
396.	**METHOTREXATUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
397.	**METHOTREXATUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
398.	**METHOTREXATUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
399.	**METHOTREXATUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
400.	**METHOTREXATUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
401.	**METHOTREXATUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
402.	**METHOTREXATUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
403.	**METHOTREXATUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.43.

MITOTANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MITOTANUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	**MITOTANUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	**MITOTANUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	**MITOTANUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	**MITOTANUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	**MITOTANUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	**MITOTANUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	**MITOTANUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	**MITOTANUM**	C75.3	SZYSZYNKA
10.	**MITOTANUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	**MITOTANUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
12.	**MITOTANUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	**MITOTANUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.45.a.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTREOTIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	**OCTREOTIDUM**	C16.0	WPUST
3.	**OCTREOTIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	**OCTREOTIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	**OCTREOTIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	**OCTREOTIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	**OCTREOTIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	**OCTREOTIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	**OCTREOTIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	**OCTREOTIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	**OCTREOTIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	**OCTREOTIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
13.	**OCTREOTIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
14.	**OCTREOTIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	**OCTREOTIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
16.	**OCTREOTIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	**OCTREOTIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	**OCTREOTIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	**OCTREOTIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	**OCTREOTIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
21.	**OCTREOTIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	**OCTREOTIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	**OCTREOTIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	**OCTREOTIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OCTREOTIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OCTREOTIDUM**	C18.7	ESICA
27.	**OCTREOTIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OCTREOTIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OCTREOTIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OCTREOTIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OCTREOTIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	**OCTREOTIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	**OCTREOTIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	**OCTREOTIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	**OCTREOTIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	**OCTREOTIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	**OCTREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚC TRZUSTKI
38.	**OCTREOTIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	**OCTREOTIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	**OCTREOTIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
41.	**OCTREOTIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
42.	**OCTREOTIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
43.	**OCTREOTIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
44.	**OCTREOTIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
45.	**OCTREOTIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
46.	**OCTREOTIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
47.	**OCTREOTIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
48.	**OCTREOTIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
49.	**OCTREOTIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
50.	**OCTREOTIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
51.	**OCTREOTIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
52.	**OCTREOTIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
53.	**OCTREOTIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
54.	**OCTREOTIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
55.	**OCTREOTIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
56.	**OCTREOTIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
57.	**OCTREOTIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
58.	**OCTREOTIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
59.	**OCTREOTIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
60.	**OCTREOTIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
61.	**OCTREOTIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
62.	**OCTREOTIDUM**	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
63.	**OCTREOTIDUM**	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
64.	**OCTREOTIDUM**	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
65.	**OCTREOTIDUM**	E34.8	INNE OKRESLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*
66.	**OCTREOTIDUM**	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTREOTIDUM**	D44.3	PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO) w przypadku guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma

Załącznik C.46.

OXALIPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OXALIPLATINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	**OXALIPLATINUM**	C16.0	WPUST
3.	**OXALIPLATINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	**OXALIPLATINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	**OXALIPLATINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	**OXALIPLATINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	**OXALIPLATINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	**OXALIPLATINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	**OXALIPLATINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	**OXALIPLATINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	**OXALIPLATINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	**OXALIPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
13.	**OXALIPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
14.	**OXALIPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	**OXALIPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
16.	**OXALIPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	**OXALIPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	**OXALIPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	**OXALIPLATINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	**OXALIPLATINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**OXALIPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	**OXALIPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	**OXALIPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	**OXALIPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OXALIPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OXALIPLATINUM**	C18.7	ESICA
27.	**OXALIPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OXALIPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OXALIPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OXALIPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OXALIPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	**OXALIPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	**OXALIPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	**OXALIPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	**OXALIPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	**OXALIPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	**OXALIPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	**OXALIPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	**OXALIPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	**OXALIPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	**OXALIPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	**OXALIPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	**OXALIPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	**OXALIPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	**OXALIPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**OXALIPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	**OXALIPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	**OXALIPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.46.b.

OXALIPLATIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OXALIPLATIN**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
2.	**OXALIPLATIN**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	**OXALIPLATIN**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
4.	**OXALIPLATIN**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
5.	**OXALIPLATIN**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
6.	**OXALIPLATIN**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
7.	**OXALIPLATIN**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
8.	**OXALIPLATIN**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
9.	**OXALIPLATIN**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
10.	**OXALIPLATIN**	C81	CHOROBA HODGKINA
11.	**OXALIPLATIN**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
12.	**OXALIPLATIN**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
13.	**OXALIPLATIN**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
14.	**OXALIPLATIN**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
15.	**OXALIPLATIN**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
16.	**OXALIPLATIN**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
17.	**OXALIPLATIN**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
18.	**OXALIPLATIN**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
19.	**OXALIPLATIN**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
20.	**OXALIPLATIN**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**OXALIPLATIN**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
22.	**OXALIPLATIN**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23.	**OXALIPLATIN**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
24.	**OXALIPLATIN**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
25.	**OXALIPLATIN**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
26.	**OXALIPLATIN**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
27.	**OXALIPLATIN**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
28.	**OXALIPLATIN**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
29.	**OXALIPLATIN**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
30.	**OXALIPLATIN**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
31.	**OXALIPLATIN**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
32.	**OXALIPLATIN**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
33.	**OXALIPLATIN**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
34.	**OXALIPLATIN**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
35.	**OXALIPLATIN**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
36.	**OXALIPLATIN**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
37.	**OXALIPLATIN**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
38.	**OXALIPLATIN**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
39.	**OXALIPLATIN**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
40.	**OXALIPLATIN**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
41.	**OXALIPLATIN**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
42.	**OXALIPLATIN**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
43.	**OXALIPLATIN**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	**OXALIPLATIN**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
45.	**OXALIPLATIN**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
46.	**OXALIPLATIN**	C88.4	CHŁONIAK TYPU MALT

Załącznik C.47.

PACLITAXEL

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PACLITAXEL**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**PACLITAXEL**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	**PACLITAXEL**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	**PACLITAXEL**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
5.	**PACLITAXEL**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	**PACLITAXEL**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	**PACLITAXEL**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	**PACLITAXEL**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	**PACLITAXEL**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	**PACLITAXEL**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	**PACLITAXEL**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	**PACLITAXEL**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	**PACLITAXEL**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
14.	**PACLITAXEL**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	**PACLITAXEL**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	**PACLITAXEL**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	**PACLITAXEL**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
18.	**PACLITAXEL**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
19.	**PACLITAXEL**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**PACLITAXEL**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
21.	**PACLITAXEL**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
22.	**PACLITAXEL**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
23.	**PACLITAXEL**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
24.	**PACLITAXEL**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
25.	**PACLITAXEL**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
26.	**PACLITAXEL**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
27.	**PACLITAXEL**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
28.	**PACLITAXEL**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
29.	**PACLITAXEL**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
30.	**PACLITAXEL**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
31.	**PACLITAXEL**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
32.	**PACLITAXEL**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
33.	**PACLITAXEL**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
34.	**PACLITAXEL**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
35.	**PACLITAXEL**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
36.	**PACLITAXEL**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
37.	**PACLITAXEL**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
38.	**PACLITAXEL**	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA

Załącznik C.48.

PEGASPARGASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PEGASPARGASUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	**PEGASPARGASUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	**PEGASPARGASUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	**PEGASPARGASUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	**PEGASPARGASUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	**PEGASPARGASUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	**PEGASPARGASUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	**PEGASPARGASUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	**PEGASPARGASUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	**PEGASPARGASUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	**PEGASPARGASUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	**PEGASPARGASUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	**PEGASPARGASUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	**PEGASPARGASUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	**PEGASPARGASUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	**PEGASPARGASUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	**PEGASPARGASUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	**PEGASPARGASUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**PEGASPARGASUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	**PEGASPARGASUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21.	**PEGASPARGASUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	**PEGASPARGASUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	**PEGASPARGASUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	**PEGASPARGASUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	**PEGASPARGASUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	**PEGASPARGASUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	**PEGASPARGASUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	**PEGASPARGASUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	**PEGASPARGASUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	**PEGASPARGASUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	**PEGASPARGASUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
32.	**PEGASPARGASUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
33.	**PEGASPARGASUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
34.	**PEGASPARGASUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
35.	**PEGASPARGASUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
36.	**PEGASPARGASUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
37.	**PEGASPARGASUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	**PEGASPARGASUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
39.	**PEGASPARGASUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
40.	**PEGASPARGASUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
41.	**PEGASPARGASUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
42.	**PEGASPARGASUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**PEGASPARGASUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
44.	**PEGASPARGASUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
45.	**PEGASPARGASUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
46.	**PEGASPARGASUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	**PEGASPARGASUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.49.

PEMETREKSED

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PEMETREKSED**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*
2.	**PEMETREKSED**	C45	MIĘDZYBŁONIAK

Załącznik C.51.

RITUXIMABUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**RITUXIMABUM**	C81.0	CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
2.	**RITUXIMABUM**	C82.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
3.	**RITUXIMABUM**	C82.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK
4.	**RITUXIMABUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO)
5.	**RITUXIMABUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY
6.	**RITUXIMABUM**	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK
7.	**RITUXIMABUM**	C83.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
8.	**RITUXIMABUM**	C83.2	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK
9.	**RITUXIMABUM**	C83.3	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY
10.	**RITUXIMABUM**	C83.4	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY
11.	**RITUXIMABUM**	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY
12.	**RITUXIMABUM**	C83.6	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY
13.	**RITUXIMABUM**	C83.7	GUZ BURKITTA
14.	**RITUXIMABUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
15.	**RITUXIMABUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
16.	**RITUXIMABUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
17.	**RITUXIMABUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
18.	**RITUXIMABUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
19.	**RITUXIMABUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
20.	**RITUXIMABUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
21.	**RITUXIMABUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

22.	**RITUXIMABUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
23.	**RITUXIMABUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
24.	**RITUXIMABUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
25.	**RITUXIMABUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
26.	**RITUXIMABUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
27.	**RITUXIMABUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
28.	**RITUXIMABUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
29.	**RITUXIMABUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
30.	**RITUXIMABUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	**RITUXIMABUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.52.

TAMOXIFENUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TAMOXIFENUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**TAMOXIFENUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**TAMOXIFENUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**TAMOXIFENUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**TAMOXIFENUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**TAMOXIFENUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**TAMOXIFENUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**TAMOXIFENUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**TAMOXIFENUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**TAMOXIFENUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**TAMOXIFENUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**TAMOXIFENUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	**TAMOXIFENUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	**TAMOXIFENUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	**TAMOXIFENUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	**TAMOXIFENUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	**TAMOXIFENUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	**TAMOXIFENUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**TAMOXIFENUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	**TAMOXIFENUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	**TAMOXIFENUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	**TAMOXIFENUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	**TAMOXIFENUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	**TAMOXIFENUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	**TAMOXIFENUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	**TAMOXIFENUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	**TAMOXIFENUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	**TAMOXIFENUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	**TAMOXIFENUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	**TAMOXIFENUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	**TAMOXIFENUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	**TAMOXIFENUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	**TAMOXIFENUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	**TAMOXIFENUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	**TAMOXIFENUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	**TAMOXIFENUM**	C54.3	DNO MACICY
37.	**TAMOXIFENUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	**TAMOXIFENUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	**TAMOXIFENUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	**TAMOXIFENUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	**TAMOXIFENUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	**TAMOXIFENUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TAMOXIFENUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	**TAMOXIFENUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	**TAMOXIFENUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	**TAMOXIFENUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	**TAMOXIFENUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	**TAMOXIFENUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	**TAMOXIFENUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	**TAMOXIFENUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	**TAMOXIFENUM**	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	**TAMOXIFENUM**	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	**TAMOXIFENUM**	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	**TAMOXIFENUM**	Q85.9	FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.56.

TIOGUANINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TIOGUANINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	**TIOGUANINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	**TIOGUANINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	**TIOGUANINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	**TIOGUANINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	**TIOGUANINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	**TIOGUANINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	**TIOGUANINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	**TIOGUANINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	**TIOGUANINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	**TIOGUANINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	**TIOGUANINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	**TIOGUANINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	**TIOGUANINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	**TIOGUANINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	**TIOGUANINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	**TIOGUANINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	**TIOGUANINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**TIOGUANINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	**TIOGUANINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	**TIOGUANINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	**TIOGUANINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	**TIOGUANINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	**TIOGUANINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	**TIOGUANINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	**TIOGUANINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	**TIOGUANINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	**TIOGUANINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	**TIOGUANINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	**TIOGUANINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	**TIOGUANINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
32.	**TIOGUANINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	**TIOGUANINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	**TIOGUANINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	**TIOGUANINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	**TIOGUANINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	**TIOGUANINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	**TIOGUANINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	**TIOGUANINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	**TIOGUANINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	**TIOGUANINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	**TIOGUANINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TIOGUANINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
44.	**TIOGUANINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	**TIOGUANINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	**TIOGUANINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	**TIOGUANINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	**TIOGUANINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	**TIOGUANINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	**TIOGUANINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	**TIOGUANINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	**TIOGUANINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	**TIOGUANINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	**TIOGUANINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	**TIOGUANINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	**TIOGUANINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	**TIOGUANINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	**TIOGUANINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	**TIOGUANINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	**TIOGUANINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	**TIOGUANINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	**TIOGUANINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	**TIOGUANINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	**TIOGUANINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	**TIOGUANINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
66.	**TIOGUANINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**TIOGUANINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	**TIOGUANINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	**TIOGUANINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	**TIOGUANINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	**TIOGUANINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	**TIOGUANINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	**TIOGUANINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	**TIOGUANINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	**TIOGUANINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	**TIOGUANINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	**TIOGUANINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	**TIOGUANINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	**TIOGUANINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	**TIOGUANINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	**TIOGUANINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	**TIOGUANINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW

Załącznik C.57.2.

TOPOTECANUM inj.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
9.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.0	SERCE
10.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
11.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
12.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
13.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.4	OPŁUCNA
14.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
15.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
16.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
17.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
18.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
19.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
21.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
22.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
23.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
24.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
25.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
26.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
27.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
28.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
29.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
30.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
31.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
32.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
33.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
34.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
35.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
36.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
37.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
38.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
39.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
40.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
41.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.61.

VINCRISTINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**VINCRISTINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**VINCRISTINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**VINCRISTINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**VINCRISTINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**VINCRISTINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**VINCRISTINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**VINCRISTINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**VINCRISTINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**VINCRISTINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**VINCRISTINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**VINCRISTINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**VINCRISTINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**VINCRISTINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**VINCRISTINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**VINCRISTINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**VINCRISTINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**VINCRISTINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**VINCRISTINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**VINCRISTINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**VINCRISTINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**VINCRISTINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINCRISTINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**VINCRISTINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**VINCRISTINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**VINCRISTINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**VINCRISTINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**VINCRISTINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**VINCRISTINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**VINCRISTINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**VINCRISTINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**VINCRISTINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**VINCRISTINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**VINCRISTINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**VINCRISTINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**VINCRISTINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**VINCRISTINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**VINCRISTINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**VINCRISTINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**VINCRISTINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**VINCRISTINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**VINCRISTINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**VINCRISTINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**VINCRISTINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**VINCRISTINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**VINCRISTINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**VINCRISTINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**VINCRISTINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**VINCRISTINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**VINCRISTINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**VINCRISTINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**VINCRISTINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**VINCRISTINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**VINCRISTINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**VINCRISTINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**VINCRISTINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**VINCRISTINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**VINCRISTINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**VINCRISTINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**VINCRISTINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**VINCRISTINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**VINCRISTINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**VINCRISTINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**VINCRISTINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**VINCRISTINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**VINCRISTINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINCRISTINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**VINCRISTINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINCRISTINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINCRISTINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINCRISTINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**VINCRISTINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**VINCRISTINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**VINCRISTINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**VINCRISTINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**VINCRISTINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**VINCRISTINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**VINCRISTINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**VINCRISTINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	**VINCRISTINUM**	C16.0	WPUST
80.	**VINCRISTINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	**VINCRISTINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	**VINCRISTINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	**VINCRISTINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	**VINCRISTINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	**VINCRISTINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	**VINCRISTINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	**VINCRISTINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	**VINCRISTINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	**VINCRISTINUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90.	**VINCRISTINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91.	**VINCRISTINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	**VINCRISTINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93.	**VINCRISTINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	**VINCRISTINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	**VINCRISTINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	**VINCRISTINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	**VINCRISTINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	**VINCRISTINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	**VINCRISTINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	**VINCRISTINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	**VINCRISTINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	**VINCRISTINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103.	**VINCRISTINUM**	C18.7	ESICA
104.	**VINCRISTINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	**VINCRISTINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	**VINCRISTINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	**VINCRISTINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	**VINCRISTINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	**VINCRISTINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	**VINCRISTINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	**VINCRISTINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	**VINCRISTINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**VINCRISTINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114.	**VINCRISTINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINCRISTINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	**VINCRISTINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	**VINCRISTINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	**VINCRISTINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	**VINCRISTINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	**VINCRISTINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	**VINCRISTINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINCRISTINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINCRISTINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINCRISTINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINCRISTINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINCRISTINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**VINCRISTINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	**VINCRISTINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	**VINCRISTINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	**VINCRISTINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	**VINCRISTINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	**VINCRISTINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	**VINCRISTINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	**VINCRISTINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	**VINCRISTINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	**VINCRISTINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137.	**VINCRISTINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	**VINCRISTINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	**VINCRISTINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	**VINCRISTINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
141.	**VINCRISTINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	**VINCRISTINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	**VINCRISTINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	**VINCRISTINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	**VINCRISTINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	**VINCRISTINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	**VINCRISTINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	**VINCRISTINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	**VINCRISTINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	**VINCRISTINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	**VINCRISTINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	**VINCRISTINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	**VINCRISTINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	**VINCRISTINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINCRISTINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINCRISTINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	**VINCRISTINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	**VINCRISTINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	**VINCRISTINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	**VINCRISTINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161.	**VINCRISTINUM**	C38.0	SERCE
162.	**VINCRISTINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	**VINCRISTINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	**VINCRISTINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	**VINCRISTINUM**	C38.4	OPŁUCNA
166.	**VINCRISTINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	**VINCRISTINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	**VINCRISTINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	**VINCRISTINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	**VINCRISTINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	**VINCRISTINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	**VINCRISTINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	**VINCRISTINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	**VINCRISTINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	**VINCRISTINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	**VINCRISTINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	**VINCRISTINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	**VINCRISTINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	**VINCRISTINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	**VINCRISTINUM**	C41.1	ŻUCHWA
181.	**VINCRISTINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	**VINCRISTINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	**VINCRISTINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	**VINCRISTINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	**VINCRISTINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	**VINCRISTINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	**VINCRISTINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	**VINCRISTINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	**VINCRISTINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	**VINCRISTINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	**VINCRISTINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	**VINCRISTINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	**VINCRISTINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	**VINCRISTINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	**VINCRISTINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	**VINCRISTINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	**VINCRISTINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	**VINCRISTINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	**VINCRISTINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	**VINCRISTINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	**VINCRISTINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	**VINCRISTINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	**VINCRISTINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
204.	**VINCRISTINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
205.	**VINCRISTINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	**VINCRISTINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	**VINCRISTINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	**VINCRISTINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	**VINCRISTINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	**VINCRISTINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
211.	**VINCRISTINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	**VINCRISTINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	**VINCRISTINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	**VINCRISTINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	**VINCRISTINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	**VINCRISTINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	**VINCRISTINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	**VINCRISTINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	**VINCRISTINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**VINCRISTINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	**VINCRISTINUM**	C48.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	**VINCRISTINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	**VINCRISTINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	**VINCRISTINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	**VINCRISTINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	**VINCRISTINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	**VINCRISTINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	**VINCRISTINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229.	**VINCRISTINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	**VINCRISTINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	**VINCRISTINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	**VINCRISTINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	**VINCRISTINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	**VINCRISTINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	**VINCRISTINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	**VINCRISTINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
237.	**VINCRISTINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
238.	**VINCRISTINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
239.	**VINCRISTINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
240.	**VINCRISTINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241.	**VINCRISTINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
242.	**VINCRISTINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243.	**VINCRISTINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
244.	**VINCRISTINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
245.	**VINCRISTINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	**VINCRISTINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	**VINCRISTINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	**VINCRISTINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	**VINCRISTINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
250.	**VINCRISTINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	**VINCRISTINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	**VINCRISTINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	**VINCRISTINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	**VINCRISTINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	**VINCRISTINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	**VINCRISTINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	**VINCRISTINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	**VINCRISTINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	**VINCRISTINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	**VINCRISTINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	**VINCRISTINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	**VINCRISTINUM**	C54.3	DNO MACICY
263.	**VINCRISTINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	**VINCRISTINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	**VINCRISTINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	**VINCRISTINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	**VINCRISTINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	**VINCRISTINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	**VINCRISTINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	**VINCRISTINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	**VINCRISTINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
272.	**VINCRISTINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	**VINCRISTINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	**VINCRISTINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**VINCRISTINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	**VINCRISTINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	**VINCRISTINUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	**VINCRISTINUM**	C60.0	NAPLETEK
279.	**VINCRISTINUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	**VINCRISTINUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	**VINCRISTINUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	**VINCRISTINUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	**VINCRISTINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**VINCRISTINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**VINCRISTINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**VINCRISTINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**VINCRISTINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**VINCRISTINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**VINCRISTINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**VINCRISTINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**VINCRISTINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**VINCRISTINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**VINCRISTINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**VINCRISTINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**VINCRISTINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**VINCRISTINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**VINCRISTINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**VINCRISTINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**VINCRISTINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**VINCRISTINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301.	**VINCRISTINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**VINCRISTINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**VINCRISTINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**VINCRISTINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**VINCRISTINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	**VINCRISTINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**VINCRISTINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**VINCRISTINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**VINCRISTINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**VINCRISTINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**VINCRISTINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**VINCRISTINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**VINCRISTINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**VINCRISTINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**VINCRISTINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**VINCRISTINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**VINCRISTINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**VINCRISTINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**VINCRISTINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**VINCRISTINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**VINCRISTINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**VINCRISTINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**VINCRISTINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**VINCRISTINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325.	**VINCRISTINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**VINCRISTINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**VINCRISTINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**VINCRISTINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**VINCRISTINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	**VINCRISTINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**VINCRISTINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**VINCRISTINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**VINCRISTINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**VINCRISTINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**VINCRISTINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**VINCRISTINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**VINCRISTINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**VINCRISTINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**VINCRISTINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**VINCRISTINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**VINCRISTINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**VINCRISTINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**VINCRISTINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**VINCRISTINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**VINCRISTINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**VINCRISTINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**VINCRISTINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348.	**VINCRISTINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**VINCRISTINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**VINCRISTINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**VINCRISTINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**VINCRISTINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	**VINCRISTINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**VINCRISTINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**VINCRISTINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**VINCRISTINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**VINCRISTINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**VINCRISTINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**VINCRISTINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**VINCRISTINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**VINCRISTINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**VINCRISTINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	**VINCRISTINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**VINCRISTINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**VINCRISTINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**VINCRISTINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**VINCRISTINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**VINCRISTINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**VINCRISTINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**VINCRISTINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	**VINCRISTINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**VINCRISTINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**VINCRISTINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**VINCRISTINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**VINCRISTINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	**VINCRISTINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**VINCRISTINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**VINCRISTINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**VINCRISTINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**VINCRISTINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**VINCRISTINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**VINCRISTINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**VINCRISTINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**VINCRISTINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**VINCRISTINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**VINCRISTINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**VINCRISTINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**VINCRISTINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**VINCRISTINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**VINCRISTINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**VINCRISTINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**VINCRISTINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**VINCRISTINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**VINCRISTINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**VINCRISTINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**VINCRISTINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**VINCRISTINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	**VINCRISTINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**VINCRISTINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**VINCRISTINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**VINCRISTINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**VINCRISTINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**VINCRISTINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**VINCRISTINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**VINCRISTINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**VINCRISTINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**VINCRISTINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**VINCRISTINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**VINCRISTINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**VINCRISTINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**VINCRISTINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**VINCRISTINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**VINCRISTINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**VINCRISTINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**VINCRISTINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	**VINCRISTINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**VINCRISTINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**VINCRISTINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**VINCRISTINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**VINCRISTINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	**VINCRISTINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**VINCRISTINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**VINCRISTINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**VINCRISTINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**VINCRISTINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**VINCRISTINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**VINCRISTINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**VINCRISTINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**VINCRISTINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**VINCRISTINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**VINCRISTINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**VINCRISTINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**VINCRISTINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**VINCRISTINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**VINCRISTINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**VINCRISTINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**VINCRISTINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**VINCRISTINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**VINCRISTINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	**VINCRISTINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**VINCRISTINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**VINCRISTINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**VINCRISTINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**VINCRISTINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	**VINCRISTINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**VINCRISTINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**VINCRISTINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**VINCRISTINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**VINCRISTINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**VINCRISTINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**VINCRISTINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**VINCRISTINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**VINCRISTINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**VINCRISTINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
455.	**VINCRISTINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**VINCRISTINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**VINCRISTINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**VINCRISTINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**VINCRISTINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**VINCRISTINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**VINCRISTINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**VINCRISTINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**VINCRISTINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	**VINCRISTINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**VINCRISTINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**VINCRISTINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	**VINCRISTINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	**VINCRISTINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	**VINCRISTINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	**VINCRISTINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	**VINCRISTINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	**VINCRISTINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	**VINCRISTINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	**VINCRISTINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	**VINCRISTINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	**VINCRISTINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	**VINCRISTINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	**VINCRISTINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	**VINCRISTINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	**VINCRISTINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	**VINCRISTINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	**VINCRISTINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	**VINCRISTINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	**VINCRISTINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	**VINCRISTINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	**VINCRISTINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487.	**VINCRISTINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	**VINCRISTINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	**VINCRISTINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	**VINCRISTINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	**VINCRISTINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	**VINCRISTINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	**VINCRISTINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	**VINCRISTINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	**VINCRISTINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	**VINCRISTINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	**VINCRISTINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	**VINCRISTINUM**	D01.2	ODBYTNICA
499.	**VINCRISTINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	**VINCRISTINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	**VINCRISTINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
502.	**VINCRISTINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	**VINCRISTINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	**VINCRISTINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	**VINCRISTINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	**VINCRISTINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	**VINCRISTINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	**VINCRISTINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	**VINCRISTINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510.	**VINCRISTINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	**VINCRISTINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	**VINCRISTINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	**VINCRISTINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	**VINCRISTINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	**VINCRISTINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	**VINCRISTINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	**VINCRISTINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	**VINCRISTINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	**VINCRISTINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	**VINCRISTINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	**VINCRISTINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	**VINCRISTINUM**	D07.1	SROM
523.	**VINCRISTINUM**	D07.2	POCHWA
524.	**VINCRISTINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	**VINCRISTINUM**	D07.4	PRĄCIE
526.	**VINCRISTINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	**VINCRISTINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	**VINCRISTINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	**VINCRISTINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
530.	**VINCRISTINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	**VINCRISTINUM**	D09.2	OKO
532.	**VINCRISTINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	**VINCRISTINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534.	**VINCRISTINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	**VINCRISTINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	**VINCRISTINUM**	D10.0	WARGA
537.	**VINCRISTINUM**	D10.1	JĘZYK
538.	**VINCRISTINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	**VINCRISTINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	**VINCRISTINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
541.	**VINCRISTINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	**VINCRISTINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	**VINCRISTINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	**VINCRISTINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	**VINCRISTINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	**VINCRISTINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	**VINCRISTINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	**VINCRISTINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	**VINCRISTINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	**VINCRISTINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	**VINCRISTINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	**VINCRISTINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	**VINCRISTINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	**VINCRISTINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	**VINCRISTINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	**VINCRISTINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	**VINCRISTINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINCRISTINUM**	D12.8	ODBYTNICA
559.	**VINCRISTINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	**VINCRISTINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	**VINCRISTINUM**	D13.0	PRZEŁYK
562.	**VINCRISTINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	**VINCRISTINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
564.	**VINCRISTINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	**VINCRISTINUM**	D13.4	WĄTROBA
566.	**VINCRISTINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
567.	**VINCRISTINUM**	D13.6	TRZUSTKA
568.	**VINCRISTINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	**VINCRISTINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	**VINCRISTINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	**VINCRISTINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	**VINCRISTINUM**	D14.1	KRTAŃ
573.	**VINCRISTINUM**	D14.2	TCHAWICA
574.	**VINCRISTINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	**VINCRISTINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	**VINCRISTINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
577.	**VINCRISTINUM**	D15.0	GRASICA
578.	**VINCRISTINUM**	D15.1	SERCE
579.	**VINCRISTINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
580.	**VINCRISTINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581.	**VINCRISTINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
582.	**VINCRISTINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	**VINCRISTINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	**VINCRISTINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	**VINCRISTINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	**VINCRISTINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	**VINCRISTINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	**VINCRISTINUM**	D16.5	ŻUCHWA
589.	**VINCRISTINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	**VINCRISTINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	**VINCRISTINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	**VINCRISTINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	**VINCRISTINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	**VINCRISTINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	**VINCRISTINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	**VINCRISTINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	**VINCRISTINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	**VINCRISTINUM**	D20.1	OTRZEWNA
599.	**VINCRISTINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	**VINCRISTINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	**VINCRISTINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	**VINCRISTINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
603.	**VINCRISTINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	**VINCRISTINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	**VINCRISTINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	**VINCRISTINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	**VINCRISTINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	**VINCRISTINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	**VINCRISTINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	**VINCRISTINUM**	D28.0	SROM
611.	**VINCRISTINUM**	D28.1	POCHWA
612.	**VINCRISTINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	**VINCRISTINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	**VINCRISTINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	**VINCRISTINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	**VINCRISTINUM**	D29.0	PRĄCIE
617.	**VINCRISTINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	**VINCRISTINUM**	D29.2	JĄDRO
619.	**VINCRISTINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
620.	**VINCRISTINUM**	D29.4	MOSZNA
621.	**VINCRISTINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	**VINCRISTINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	**VINCRISTINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	**VINCRISTINUM**	D30.0	NERKA
625.	**VINCRISTINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	**VINCRISTINUM**	D30.2	MOCZOWÓD

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
627.	**VINCRISTINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
628.	**VINCRISTINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	**VINCRISTINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	**VINCRISTINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	**VINCRISTINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	**VINCRISTINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
633.	**VINCRISTINUM**	D31.1	ROGÓWKA
634.	**VINCRISTINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
635.	**VINCRISTINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	**VINCRISTINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	**VINCRISTINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	**VINCRISTINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	**VINCRISTINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	**VINCRISTINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	**VINCRISTINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	**VINCRISTINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	**VINCRISTINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	**VINCRISTINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	**VINCRISTINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	**VINCRISTINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	**VINCRISTINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	**VINCRISTINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	**VINCRISTINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	**VINCRISTINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
651.	**VINCRISTINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	**VINCRISTINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
653.	**VINCRISTINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	**VINCRISTINUM**	D35.0	NADNERCZA
655.	**VINCRISTINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
656.	**VINCRISTINUM**	D35.2	PRZYSADKA
657.	**VINCRISTINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	**VINCRISTINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
659.	**VINCRISTINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	**VINCRISTINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
661.	**VINCRISTINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	**VINCRISTINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	**VINCRISTINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	**VINCRISTINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	**VINCRISTINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
666.	**VINCRISTINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	**VINCRISTINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	**VINCRISTINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	**VINCRISTINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	**VINCRISTINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
671.	**VINCRISTINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	**VINCRISTINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	**VINCRISTINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
674.	**VINCRISTINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	**VINCRISTINUM**	D37.5	ODBYTNICA
676.	**VINCRISTINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	**VINCRISTINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	**VINCRISTINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	**VINCRISTINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	**VINCRISTINUM**	D38.0	KRTAŃ
681.	**VINCRISTINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	**VINCRISTINUM**	D38.2	OPŁUCNA
683.	**VINCRISTINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
684.	**VINCRISTINUM**	D38.4	GRASICA
685.	**VINCRISTINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	**VINCRISTINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	**VINCRISTINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	**VINCRISTINUM**	D39.0	MACICA
689.	**VINCRISTINUM**	D39.1	JAJNIK
690.	**VINCRISTINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	**VINCRISTINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	**VINCRISTINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	**VINCRISTINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	**VINCRISTINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	**VINCRISTINUM**	D40.1	JĄDRO
696.	**VINCRISTINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	**VINCRISTINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	**VINCRISTINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	**VINCRISTINUM**	D41.0	NERKA
700.	**VINCRISTINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	**VINCRISTINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
702.	**VINCRISTINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	**VINCRISTINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
704.	**VINCRISTINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	**VINCRISTINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	**VINCRISTINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	**VINCRISTINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	**VINCRISTINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	**VINCRISTINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	**VINCRISTINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	**VINCRISTINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
712.	**VINCRISTINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
713.	**VINCRISTINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	**VINCRISTINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	**VINCRISTINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	**VINCRISTINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	**VINCRISTINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	**VINCRISTINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	**VINCRISTINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720.	**VINCRISTINUM**	D44.1	NADNERCZA
721.	**VINCRISTINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	**VINCRISTINUM**	D44.3	PRZYSADKA
723.	**VINCRISTINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	**VINCRISTINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
725.	**VINCRISTINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	**VINCRISTINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
727.	**VINCRISTINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	**VINCRISTINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	**VINCRISTINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	**VINCRISTINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	**VINCRISTINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
732.	**VINCRISTINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	**VINCRISTINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
734.	**VINCRISTINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	**VINCRISTINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	**VINCRISTINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
737.	**VINCRISTINUM**	D48.4	OTRZEWNA
738.	**VINCRISTINUM**	D48.5	SKÓRA
739.	**VINCRISTINUM**	D48.6	SUTEK
740.	**VINCRISTINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
741.	**VINCRISTINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	**VINCRISTINUM**	D69.3	SAMOISTNA PLAMICA MAŁOPŁYTKOWA
743.	**VINCRISTINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	**VINCRISTINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	**VINCRISTINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	**VINCRISTINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
747.	**VINCRISTINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	**VINCRISTINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	**VINCRISTINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	**VINCRISTINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	**VINCRISTINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
752.	**VINCRISTINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	**VINCRISTINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.63.

VINORELBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**VINORELBINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**VINORELBINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**VINORELBINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**VINORELBINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**VINORELBINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**VINORELBINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**VINORELBINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**VINORELBINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**VINORELBINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**VINORELBINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**VINORELBINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**VINORELBINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**VINORELBINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**VINORELBINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**VINORELBINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**VINORELBINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**VINORELBINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**VINORELBINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**VINORELBINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	**VINORELBINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**VINORELBINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINORELBINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	**VINORELBINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**VINORELBINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**VINORELBINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**VINORELBINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**VINORELBINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**VINORELBINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**VINORELBINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**VINORELBINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**VINORELBINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**VINORELBINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**VINORELBINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**VINORELBINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**VINORELBINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**VINORELBINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**VINORELBINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**VINORELBINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**VINORELBINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**VINORELBINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**VINORELBINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**VINORELBINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**VINORELBINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**VINORELBINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**VINORELBINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**VINORELBINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**VINORELBINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**VINORELBINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**VINORELBINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
50.	**VINORELBINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**VINORELBINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**VINORELBINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**VINORELBINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**VINORELBINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**VINORELBINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**VINORELBINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**VINORELBINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**VINORELBINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**VINORELBINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**VINORELBINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**VINORELBINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**VINORELBINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**VINORELBINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**VINORELBINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**VINORELBINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINORELBINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**VINORELBINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINORELBINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINORELBINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINORELBINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**VINORELBINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**VINORELBINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**VINORELBINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**VINORELBINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**VINORELBINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
76.	**VINORELBINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**VINORELBINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**VINORELBINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	**VINORELBINUM**	C16.0	WPUST
80.	**VINORELBINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	**VINORELBINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	**VINORELBINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	**VINORELBINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	**VINORELBINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	**VINORELBINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	**VINORELBINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	**VINORELBINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	**VINORELBINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	**VINORELBINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
90.	**VINORELBINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91.	**VINORELBINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	**VINORELBINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93.	**VINORELBINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	**VINORELBINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	**VINORELBINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	**VINORELBINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	**VINORELBINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	**VINORELBINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	**VINORELBINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	**VINORELBINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	**VINORELBINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	**VINORELBINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
103.	**VINORELBINUM**	C18.7	ESICA
104.	**VINORELBINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	**VINORELBINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	**VINORELBINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	**VINORELBINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	**VINORELBINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	**VINORELBINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	**VINORELBINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	**VINORELBINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	**VINORELBINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**VINORELBINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114.	**VINORELBINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINORELBINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	**VINORELBINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	**VINORELBINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	**VINORELBINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	**VINORELBINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	**VINORELBINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	**VINORELBINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINORELBINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINORELBINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINORELBINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINORELBINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINORELBINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**VINORELBINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	**VINORELBINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	**VINORELBINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
130.	**VINORELBINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	**VINORELBINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	**VINORELBINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	**VINORELBINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	**VINORELBINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	**VINORELBINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	**VINORELBINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137.	**VINORELBINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	**VINORELBINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	**VINORELBINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	**VINORELBINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	**VINORELBINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	**VINORELBINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	**VINORELBINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	**VINORELBINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	**VINORELBINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	**VINORELBINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	**VINORELBINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	**VINORELBINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	**VINORELBINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	**VINORELBINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	**VINORELBINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	**VINORELBINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	**VINORELBINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	**VINORELBINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINORELBINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINORELBINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
157.	**VINORELBINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	**VINORELBINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	**VINORELBINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	**VINORELBINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
161.	**VINORELBINUM**	C38.0	SERCE
162.	**VINORELBINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	**VINORELBINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	**VINORELBINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	**VINORELBINUM**	C38.4	OPŁUCNA
166.	**VINORELBINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	**VINORELBINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	**VINORELBINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	**VINORELBINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	**VINORELBINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	**VINORELBINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	**VINORELBINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	**VINORELBINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	**VINORELBINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	**VINORELBINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	**VINORELBINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	**VINORELBINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	**VINORELBINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	**VINORELBINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	**VINORELBINUM**	C41.1	ŻUCHWA
181.	**VINORELBINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	**VINORELBINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	**VINORELBINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	**VINORELBINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	**VINORELBINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	**VINORELBINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	**VINORELBINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	**VINORELBINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	**VINORELBINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	**VINORELBINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	**VINORELBINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	**VINORELBINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	**VINORELBINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	**VINORELBINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	**VINORELBINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	**VINORELBINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	**VINORELBINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ w przypadku złośliwego międzybłoniaka opłucnej w stadium zaawansowanym
198.	**VINORELBINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
199.	**VINORELBINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
200.	**VINORELBINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	**VINORELBINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
202.	**VINORELBINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	**VINORELBINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	**VINORELBINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	**VINORELBINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
206.	**VINORELBINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	**VINORELBINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	**VINORELBINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209.	**VINORELBINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	**VINORELBINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	**VINORELBINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	**VINORELBINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	**VINORELBINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	**VINORELBINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	**VINORELBINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	**VINORELBINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	**VINORELBINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	**VINORELBINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	**VINORELBINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	**VINORELBINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	**VINORELBINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	**VINORELBINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	**VINORELBINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	**VINORELBINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
225.	**VINORELBINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	**VINORELBINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	**VINORELBINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	**VINORELBINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	**VINORELBINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	**VINORELBINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	**VINORELBINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	**VINORELBINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	**VINORELBINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	**VINORELBINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	**VINORELBINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
236.	**VINORELBINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237.	**VINORELBINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
238.	**VINORELBINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
239.	**VINORELBINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
240.	**VINORELBINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
241.	**VINORELBINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
242.	**VINORELBINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
243.	**VINORELBINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
244.	**VINORELBINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
245.	**VINORELBINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
246.	**VINORELBINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
247.	**VINORELBINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
248.	**VINORELBINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
249.	**VINORELBINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
250.	**VINORELBINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
251.	**VINORELBINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
252.	**VINORELBINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
253.	**VINORELBINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
254.	**VINORELBINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
255.	**VINORELBINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
256.	**VINORELBINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
257.	**VINORELBINUM**	C54.3	DNO MACICY
258.	**VINORELBINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
259.	**VINORELBINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
260.	**VINORELBINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
261.	**VINORELBINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
262.	**VINORELBINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
263.	**VINORELBINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
264.	**VINORELBINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
265.	**VINORELBINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
266.	**VINORELBINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
267.	**VINORELBINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
268.	**VINORELBINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
269.	**VINORELBINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	**VINORELBINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
271.	**VINORELBINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
272.	**VINORELBINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
273.	**VINORELBINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
274.	**VINORELBINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
275.	**VINORELBINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
276.	**VINORELBINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
277.	**VINORELBINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
278.	**VINORELBINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
279.	**VINORELBINUM**	C63.2	MOSZNA
280.	**VINORELBINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
281.	**VINORELBINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
282.	**VINORELBINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	**VINORELBINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
284.	**VINORELBINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
285.	**VINORELBINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
286.	**VINORELBINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
287.	**VINORELBINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
288.	**VINORELBINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
289.	**VINORELBINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
290.	**VINORELBINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
291.	**VINORELBINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
292.	**VINORELBINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
293.	**VINORELBINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
294.	**VINORELBINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
295.	**VINORELBINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
296.	**VINORELBINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
297.	**VINORELBINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
298.	**VINORELBINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
299.	**VINORELBINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
300.	**VINORELBINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
301.	**VINORELBINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
302.	**VINORELBINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
303.	**VINORELBINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
304.	**VINORELBINUM**	C69.1	ROGÓWKA
305.	**VINORELBINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
306.	**VINORELBINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
307.	**VINORELBINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
308.	**VINORELBINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
309.	**VINORELBINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
310.	**VINORELBINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
311.	**VINORELBINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
312.	**VINORELBINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
313.	**VINORELBINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
314.	**VINORELBINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
315.	**VINORELBINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
316.	**VINORELBINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
317.	**VINORELBINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
318.	**VINORELBINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
319.	**VINORELBINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
320.	**VINORELBINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
321.	**VINORELBINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
322.	**VINORELBINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
323.	**VINORELBINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
324.	**VINORELBINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
325.	**VINORELBINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
326.	**VINORELBINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
327.	**VINORELBINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
328.	**VINORELBINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
329.	**VINORELBINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
330.	**VINORELBINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
331.	**VINORELBINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
332.	**VINORELBINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
333.	**VINORELBINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
334.	**VINORELBINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
335.	**VINORELBINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
336.	**VINORELBINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
337.	**VINORELBINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
338.	**VINORELBINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
339.	**VINORELBINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
340.	**VINORELBINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
341.	**VINORELBINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
342.	**VINORELBINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	**VINORELBINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
344.	**VINORELBINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
345.	**VINORELBINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
346.	**VINORELBINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
347.	**VINORELBINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
348.	**VINORELBINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
349.	**VINORELBINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
350.	**VINORELBINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
351.	**VINORELBINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
352.	**VINORELBINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
353.	**VINORELBINUM**	C76.2	BRZUCH
354.	**VINORELBINUM**	C76.3	MIEDNICA
355.	**VINORELBINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
356.	**VINORELBINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
357.	**VINORELBINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
358.	**VINORELBINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
359.	**VINORELBINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
360.	**VINORELBINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
361.	**VINORELBINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
362.	**VINORELBINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
363.	**VINORELBINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
364.	**VINORELBINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
365.	**VINORELBINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
366.	**VINORELBINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
367.	**VINORELBINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
368.	**VINORELBINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
369.	**VINORELBINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370.	**VINORELBINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
371.	**VINORELBINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
372.	**VINORELBINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
373.	**VINORELBINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
374.	**VINORELBINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
375.	**VINORELBINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
376.	**VINORELBINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
377.	**VINORELBINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
378.	**VINORELBINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
379.	**VINORELBINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
380.	**VINORELBINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
381.	**VINORELBINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
382.	**VINORELBINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
383.	**VINORELBINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
384.	**VINORELBINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
385.	**VINORELBINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
386.	**VINORELBINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
387.	**VINORELBINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
388.	**VINORELBINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
389.	**VINORELBINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
390.	**VINORELBINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
391.	**VINORELBINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
392.	**VINORELBINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
393.	**VINORELBINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
394.	**VINORELBINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
395.	**VINORELBINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
396.	**VINORELBINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			POKREWNYCH
397.	**VINORELBINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
398.	**VINORELBINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
399.	**VINORELBINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
400.	**VINORELBINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
401.	**VINORELBINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
402.	**VINORELBINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
403.	**VINORELBINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
404.	**VINORELBINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
405.	**VINORELBINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
406.	**VINORELBINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
407.	**VINORELBINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
408.	**VINORELBINUM**	D01.2	ODBYTNICA
409.	**VINORELBINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
410.	**VINORELBINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
411.	**VINORELBINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
412.	**VINORELBINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
413.	**VINORELBINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
414.	**VINORELBINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
415.	**VINORELBINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
416.	**VINORELBINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
417.	**VINORELBINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
418.	**VINORELBINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
419.	**VINORELBINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
420.	**VINORELBINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
421.	**VINORELBINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
422.	**VINORELBINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
423.	**VINORELBINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
424.	**VINORELBINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
425.	**VINORELBINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
426.	**VINORELBINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
427.	**VINORELBINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
428.	**VINORELBINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
429.	**VINORELBINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
430.	**VINORELBINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
431.	**VINORELBINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
432.	**VINORELBINUM**	D07.1	SROM
433.	**VINORELBINUM**	D07.2	POCHWA
434.	**VINORELBINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
435.	**VINORELBINUM**	D07.4	PRĄCIE
436.	**VINORELBINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
437.	**VINORELBINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
438.	**VINORELBINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
439.	**VINORELBINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
440.	**VINORELBINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
441.	**VINORELBINUM**	D09.2	OKO
442.	**VINORELBINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
443.	**VINORELBINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
444.	**VINORELBINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
445.	**VINORELBINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
446.	**VINORELBINUM**	D10.0	WARGA
447.	**VINORELBINUM**	D10.1	JĘZYK
448.	**VINORELBINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
449.	**VINORELBINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
450.	**VINORELBINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
451.	**VINORELBINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
452.	**VINORELBINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
453.	**VINORELBINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
454.	**VINORELBINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
455.	**VINORELBINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
456.	**VINORELBINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
457.	**VINORELBINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
458.	**VINORELBINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
459.	**VINORELBINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
460.	**VINORELBINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
461.	**VINORELBINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
462.	**VINORELBINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
463.	**VINORELBINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
464.	**VINORELBINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
465.	**VINORELBINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
466.	**VINORELBINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
467.	**VINORELBINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468.	**VINORELBINUM**	D12.8	ODBYTNICA
469.	**VINORELBINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470.	**VINORELBINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	**VINORELBINUM**	D13.0	PRZEŁYK
472.	**VINORELBINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	**VINORELBINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
474.	**VINORELBINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
475.	**VINORELBINUM**	D13.4	WĄTROBA
476.	**VINORELBINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
477.	**VINORELBINUM**	D13.6	TRZUSTKA
478.	**VINORELBINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
479.	**VINORELBINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	**VINORELBINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
481.	**VINORELBINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
482.	**VINORELBINUM**	D14.1	KRTAŃ
483.	**VINORELBINUM**	D14.2	TCHAWICA
484.	**VINORELBINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
485.	**VINORELBINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
486.	**VINORELBINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
487.	**VINORELBINUM**	D15.0	GRASICA
488.	**VINORELBINUM**	D15.1	SERCE
489.	**VINORELBINUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
490.	**VINORELBINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
491.	**VINORELBINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
492.	**VINORELBINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
493.	**VINORELBINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
494.	**VINORELBINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
495.	**VINORELBINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
496.	**VINORELBINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
497.	**VINORELBINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
498.	**VINORELBINUM**	D16.5	ŻUCHWA
499.	**VINORELBINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
500.	**VINORELBINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
501.	**VINORELBINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
502.	**VINORELBINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
503.	**VINORELBINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
504.	**VINORELBINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
505.	**VINORELBINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
506.	**VINORELBINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
507.	**VINORELBINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
508.	**VINORELBINUM**	D20.1	OTRZEWNA
509.	**VINORELBINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
510.	**VINORELBINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
511.	**VINORELBINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	**VINORELBINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	**VINORELBINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
514.	**VINORELBINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
515.	**VINORELBINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
516.	**VINORELBINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
517.	**VINORELBINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
518.	**VINORELBINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
519.	**VINORELBINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
520.	**VINORELBINUM**	D28.0	SROM
521.	**VINORELBINUM**	D28.1	POCHWA
522.	**VINORELBINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
523.	**VINORELBINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
524.	**VINORELBINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
525.	**VINORELBINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
526.	**VINORELBINUM**	D29.0	PRĄCIE
527.	**VINORELBINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
528.	**VINORELBINUM**	D29.2	JĄDRO
529.	**VINORELBINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
530.	**VINORELBINUM**	D29.4	MOSZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
531.	**VINORELBINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
532.	**VINORELBINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
533.	**VINORELBINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
534.	**VINORELBINUM**	D30.0	NERKA
535.	**VINORELBINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
536.	**VINORELBINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
537.	**VINORELBINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
538.	**VINORELBINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
539.	**VINORELBINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
540.	**VINORELBINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
541.	**VINORELBINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
542.	**VINORELBINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
543.	**VINORELBINUM**	D31.1	ROGÓWKA
544.	**VINORELBINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
545.	**VINORELBINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
546.	**VINORELBINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
547.	**VINORELBINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
548.	**VINORELBINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
549.	**VINORELBINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
550.	**VINORELBINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
551.	**VINORELBINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
552.	**VINORELBINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
553.	**VINORELBINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
554.	**VINORELBINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
555.	**VINORELBINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
556.	**VINORELBINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
557.	**VINORELBINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINORELBINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
559.	**VINORELBINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
560.	**VINORELBINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
561.	**VINORELBINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
562.	**VINORELBINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
563.	**VINORELBINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
564.	**VINORELBINUM**	D35.0	NADNERCZA
565.	**VINORELBINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
566.	**VINORELBINUM**	D35.2	PRZYSADKA
567.	**VINORELBINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
568.	**VINORELBINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
569.	**VINORELBINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	**VINORELBINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
571.	**VINORELBINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
572.	**VINORELBINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
573.	**VINORELBINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
574.	**VINORELBINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
575.	**VINORELBINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
576.	**VINORELBINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
577.	**VINORELBINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
578.	**VINORELBINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
579.	**VINORELBINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
580.	**VINORELBINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
581.	**VINORELBINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
582.	**VINORELBINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
583.	**VINORELBINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
584.	**VINORELBINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
585.	**VINORELBINUM**	D37.5	ODBYTNICA
586.	**VINORELBINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
587.	**VINORELBINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
588.	**VINORELBINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
589.	**VINORELBINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**VINORELBINUM**	D38.0	KRTAŃ
591.	**VINORELBINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
592.	**VINORELBINUM**	D38.2	OPŁUCNA
593.	**VINORELBINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
594.	**VINORELBINUM**	D38.4	GRASICA
595.	**VINORELBINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
596.	**VINORELBINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
597.	**VINORELBINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
598.	**VINORELBINUM**	D39.0	MACICA
599.	**VINORELBINUM**	D39.1	JAJNIK
600.	**VINORELBINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
601.	**VINORELBINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
602.	**VINORELBINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
603.	**VINORELBINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
604.	**VINORELBINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
605.	**VINORELBINUM**	D40.1	JĄDRO
606.	**VINORELBINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607.	**VINORELBINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608.	**VINORELBINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
609.	**VINORELBINUM**	D41.0	NERKA
610.	**VINORELBINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
611.	**VINORELBINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
612.	**VINORELBINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
613.	**VINORELBINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**VINORELBINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
615.	**VINORELBINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
616.	**VINORELBINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
617.	**VINORELBINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
618.	**VINORELBINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
619.	**VINORELBINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
620.	**VINORELBINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
621.	**VINORELBINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
622.	**VINORELBINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
623.	**VINORELBINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
624.	**VINORELBINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
625.	**VINORELBINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
626.	**VINORELBINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
627.	**VINORELBINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
628.	**VINORELBINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629.	**VINORELBINUM**	D44.0	TARCZYCA
630.	**VINORELBINUM**	D44.1	NADNERCZA
631.	**VINORELBINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
632.	**VINORELBINUM**	D44.3	PRZYSADKA
633.	**VINORELBINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
634.	**VINORELBINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
635.	**VINORELBINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
636.	**VINORELBINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
637.	**VINORELBINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
638.	**VINORELBINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
639.	**VINORELBINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
640.	**VINORELBINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	**VINORELBINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
642.	**VINORELBINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
643.	**VINORELBINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
644.	**VINORELBINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
645.	**VINORELBINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
646.	**VINORELBINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
647.	**VINORELBINUM**	D48.4	OTRZEWNA
648.	**VINORELBINUM**	D48.5	SKÓRA
649.	**VINORELBINUM**	D48.6	SUTEK
650.	**VINORELBINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
651.	**VINORELBINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
652.	**VINORELBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
653.	**VINORELBINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.64.

TEMOZOLOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
2.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.0	WPUST *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
3.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
4.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
5.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
6.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
7.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKRESLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
8.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
9.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
10.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKRESLONY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
11.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
12.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
13.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
14.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
15.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
17.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKRESLONE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
18.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
19.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
20.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
21.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
22.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
23.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
24.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE SLEDZIONOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
25.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
26.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.7	ESICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
27.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
28.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKRESLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
29.	**TEMOZOLOMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
30.	**TEMOZOLOMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
31.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
32.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH *u dzieci do 18 roku życia*
33.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
34.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
35.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
36.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
37.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.0	SERCE *u dzieci do 18 roku życia*
38.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE *u dzieci do 18 roku życia*
39.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE *u dzieci do 18 roku życia*
40.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
41.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA *u dzieci do 18 roku życia*
42.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
43.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
44.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
45.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
46.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN *u dzieci do 18 roku życia*
47.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
48.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY *u dzieci do 18 roku życia*
49.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA *u dzieci do 18 roku życia*
50.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA *u dzieci do 18 roku życia*
51.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA *u dzieci do 18 roku życia*
52.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
54.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
55.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
56.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
57.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA *u dzieci do 18 roku życia*
58.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
59.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
60.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
61.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
62.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
63.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
64.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
65.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
66.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
67.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA *u dzieci do 18 roku życia*
68.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
69.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
70.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
72.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
73.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM *u dzieci do 18 roku życia*
74.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
75.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
76.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY *u dzieci do 18 roku życia*
77.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
78.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ *u dzieci do 18 roku życia*
79.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE *u dzieci do 18 roku życia*
80.	**TEMOZOLOMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE *u dzieci do 18 roku życia*
81.	**TEMOZOLOMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
82.	**TEMOZOLOMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
83.	**TEMOZOLOMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
84.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
85.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
86.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
87.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
88.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
89.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
90.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
91.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK *u dzieci do 18 roku życia*
92.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
93.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
94.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA *u dzieci do 18 roku życia*
95.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
96.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
97.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
98.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA *u dzieci do 18 roku życia*
99.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.6	OCZODOŁ *u dzieci do 18 roku życia*
100.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
101.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
107.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
111.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI *u dzieci do 18 roku życia*
112.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY *u dzieci do 18 roku życia*
113.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY *u dzieci do 18 roku życia*
114.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
115.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
116.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
117.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
118.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
119.	**TEMOZOLOMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA *u dzieci do 18 roku życia*
121.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA *u dzieci do 18 roku życia*
122.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.2	BRZUCH *u dzieci do 18 roku życia*
123.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.3	MIEDNICA *u dzieci do 18 roku życia*
124.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA *u dzieci do 18 roku życia*
125.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA *u dzieci do 18 roku życia*
126.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE *u dzieci do 18 roku życia*
127.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
128.	**TEMOZOLOMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
130.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
131.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
132.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
133.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
134.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
135.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
136.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
137.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
138.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE *u dzieci do 18 roku życia*
139.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
140.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
141.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*

Załącznik C.65.a.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *indukcji remisji i konsolidacji ostrej białaczki promielocytowej u dorosłych pacjentów, charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa po niepowodzeniu leczenia lub w nawrocie choroby. Wcześniejsze leczenie powinno obejmować stosowanie retinoidu i chemioterapii.*

Załącznik C.65.b.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa*

Załącznik C.65.c.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *indukcji remisji i konsolidacji nowo zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej, charakteryzującej się translokacją t(15;17) lub obecnością genu PML/RAR-alfa, u dorosłych pacjentów z niskim lub pośrednim ryzykiem (liczba białych krwinek* $\leq 10x10^3 / \mu l$*), w skojarzeniu z kwasem all– trans– retynowym*

Załącznik C.66.a.

CLOFARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CLOFARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *w przypadku:* *leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) u dzieci i młodzieży z nawrotem lub oporną na leczenie chorobą po zastosowaniu przynajmniej dwóch wcześniejszych standardowych cykli i w przypadku, gdy brak innych opcji pozwalających na przewidywanie długotrwałej odpowiedzi, u chorych kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*

Załącznik C.66.b.

CLOFARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CLOFARABINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ *w trzeciej linii leczenia*
2.	**CLOFARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których zdiagnozowano pierwotnie oporną ostrą białaczkę szpikową lub jej pierwszą wznowę oporną na leczenie II linii oraz u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których stwierdzono drugą wznowę ostrej białaczki szpikowej*

Załącznik C.67.

BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
2.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
3.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
4.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
5.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
6.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
7.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
8.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* *c) przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
9.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
10.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
11.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
12.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
13.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
14.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
15.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
16.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
17.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
18.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
20.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
21.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
22.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
23.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
24.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
25.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
26.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA *w przypadku:* *a) przewlekłej białaczki limfocytowej (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) – leczenie I rzutu u chorych, u których nie jest zalecane stosowanie schematów chemioterapii zawierających fludarabinę,* *b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny.*

Załącznik C.68.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ACIDUM ZOLEDRONICUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.68.b.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ACIDUM ZOLEDRONICUM**	C.50.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI *uzupełniające leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie*

Załącznik C.69.a.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**AZACITIDINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
2	**AZACITIDINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
3	**AZACITIDINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
4	**AZACITIDINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
5	**AZACITIDINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
6	**AZACITIDINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
7	**AZACITIDINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
8	**AZACITIDINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
9	**AZACITIDINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *(AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10	**AZACITIDINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA *(CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Załącznik C.69.b.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**AZACITIDINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *(AML) z >30% blastów w szpiku, zgodnie z klasyfikacją WHO, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Załącznik C.70.a.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)*

Załącznik C.70.b.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY *w przypadku* *udokumentowanej obecność rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ*

Załącznik C.70.c.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)*

Załącznik C.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 ≥ 50% wg klasyfikacji AJCCNCCN-AFIP i obecnością mutacji KIT lub PDGFR-α bez mutacji PDGFR-αD842V 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 1m2: 340 mg/m2, dawka dobowa jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie,
b) dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m2 dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIB**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
2.	**IMATINIB**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**IMATINIB**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**IMATINIB**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**IMATINIB**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**IMATINIB**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**IMATINIB**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZEŁYKU
8.	**IMATINIB**	C15.9	PRZEŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	**IMATINIB**	C16.0	WPUST
10.	**IMATINIB**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	**IMATINIB**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	**IMATINIB**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
13.	**IMATINIB**	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	**IMATINIB**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	**IMATINIB**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	**IMATINIB**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	**IMATINIB**	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	**IMATINIB**	C17.0	DWUNASTNICA
19.	**IMATINIB**	C17.1	JELITO CZCZE
20.	**IMATINIB**	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	**IMATINIB**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
22.	**IMATINIB**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	**IMATINIB**	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	**IMATINIB**	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	**IMATINIB**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	**IMATINIB**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	**IMATINIB**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	**IMATINIB**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	**IMATINIB**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	**IMATINIB**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	**IMATINIB**	C18.7	ESICA
32.	**IMATINIB**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	**IMATINIB**	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	**IMATINIB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	**IMATINIB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
36.	**IMATINIB**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	**IMATINIB**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	**IMATINIB**	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	**IMATINIB**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.71.

PLERIXAFORUM

Jednorazowa mobilizacja macierzystych komórek krwiotwórczych w skojarzeniu z G-CSF u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, u których planowane jest wykonanie autologicznego przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku gdy:

1) aktualnie prowadzona mobilizacja nie jest skuteczna, tj. pacjent otrzymał właściwe leczenie mobilizacyjne (G-CSF w dawce ≥ 10 µg/kg jeśli stosowany sam lub ≥ 5 µg/kg po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż 10/µl w dniach 4-6 po rozpoczęciu mobilizacji samym G-CSF lub do 20 dni po chemioterapii i G-CSF
lub
2) wcześniejsza mobilizacja zakończyła się niepowodzeniem, tj. w przypadku uzyskania plonu komórek CD34+:
   a) mniej niż 2,0 x 10^6 komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem
   lub
   b) mniej niż 4,0 x 10^6 komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PLERIXAFORUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	**PLERIXAFORUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	**PLERIXAFORUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	**PLERIXAFORUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	**PLERIXAFORUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	**PLERIXAFORUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	**PLERIXAFORUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	**PLERIXAFORUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	**PLERIXAFORUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	**PLERIXAFORUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	**PLERIXAFORUM**	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	**PLERIXAFORUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	**PLERIXAFORUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	**PLERIXAFORUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	**PLERIXAFORUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	**PLERIXAFORUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	**PLERIXAFORUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	**PLERIXAFORUM**	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	**PLERIXAFORUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	**PLERIXAFORUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	**PLERIXAFORUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	**PLERIXAFORUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	**PLERIXAFORUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	**PLERIXAFORUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	**PLERIXAFORUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	**PLERIXAFORUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	**PLERIXAFORUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	**PLERIXAFORUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	**PLERIXAFORUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	**PLERIXAFORUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	**PLERIXAFORUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	**PLERIXAFORUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	**PLERIXAFORUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	**PLERIXAFORUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	**PLERIXAFORUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	**PLERIXAFORUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**PLERIXAFORUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Załącznik C.72.

ANAGRELIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ANAGRELIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie*
2.	**ANAGRELIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
3.	**ANAGRELIDUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.73.

NELARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**NELARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*
2.	**NELARABINUM**	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK *w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*
3.	**NELARABINUM**	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY *w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*

Załącznik C.76.

BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BORTEZOMIBUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
2	**BORTEZOMIBUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
3	**BORTEZOMIBUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
4	**BORTEZOMIBUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
5	**BORTEZOMIBUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
6	**BORTEZOMIBUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
7	**BORTEZOMIBUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	**BORTEZOMIBUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.79.a.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *w przypadku:* – *kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
2	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *w przypadku:* – *pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego* – *kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
3	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU *w przypadku:* – *pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka* – *młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępny w ośrodku* – *kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
4	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA *w przypadku:* – *pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka* – *kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego*

Załącznik C.79.b.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C.84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
2	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C.84.1	CHOROBA SÉZARY'EGO

Załącznik C.80.

GEFITYNIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**GEFITYNIBUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:* *a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),* *b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),* *c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,* *d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),* *e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),* *f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,* *g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,* *h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.* *Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.*

Załącznik C.81.

ERLOTINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ERLOTINIBUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:* *a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),* *b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),* *c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,* *d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),* *e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),* *f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,* *g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,* *h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.* *Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.*

Załącznik C.82.a.

BEVACIZUMAB

1. w leczeniu dorosłych pacjentów z noworozpoznanym zaawansowanym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej

a. w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem lub w monoterapii:

- *stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po resekcji powyżej 1cm,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

b. w skojarzeniu z olaparybem:

- *stopień zaawansowania FIGO IV lub III, niezależnie od choroby resztkowej, wyłącznie u chorych z mutacją w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD),*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Leczenie trwa do wyczerpania 22 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

2. w leczeniu dorosłych pacjentów z pierwszym nawrotem wrażliwego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

a. w skojarzeniu z karboplatyną i gemcytabiną lub w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem:

- *niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0- 2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

3. w leczeniu dorosłych pacjentów z nawrotem opornego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

a. w skojarzeniu z paklitakselem, topotekanem inj. lub pegylowaną liposomalną doksorubicyną:

– *niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,*
– *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BEVACIZUMAB**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
2.	**BEVACIZUMAB**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
3.	**BEVACIZUMAB**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNOWEJ
4.	**BEVACIZUMAB**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
5.	**BEVACIZUMAB**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
6.	**BEVACIZUMAB**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.82.b.

BEVACIZUMABUM

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Dla wszystkich wskazań:

- *przetrwały, nawrotowy lub pierwotnie przerzutowy (stadium IVB) rak szyjki macicy u pacjentek niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii,*
- *niestosowanie wcześniejszej chemioterapii w stadium nawrotu, rozsiewu lub przetrwałego nowotworu z wyjątkiem chemioterapii cisplatyną stosowanej w skojarzeniu z radioterapią podczas leczenia radykalnego,*
- *czas od zastosowania chemioradioterapii nie krótszy niż 6 tygodni. Czas od zastosowania radioterapii nie krótszy niż 3 tygodnie,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BEVACIZUMABUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
2.	**BEVACIZUMABUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
3.	**BEVACIZUMABUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.82.c.

BEVACIZUMAB

Lek stosowany jest w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą fluoropirymidynę u pacjentów z nowotworem w stopniu zaawansowania IV (uogólnionym). Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie. Lek może być zastosowany u danego pacjenta tylko w jednej, wybranej linii leczenia.

Dawkowanie leku prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BEVACIZUMAB**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	**BEVACIZUMAB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO – ODBYTNICZEGO
3.	**BEVACIZUMAB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.82.d.

BEVACIZUMABUM

Terapia stosowana wyłącznie w skojarzeniu z atezolizumabem.

Bewacyzumab stosowany w dawce 15 mg/kg masy ciała, podawanej we wlewie dożylnym co trzy tygodnie.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BEVACIZUMABUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.83.

DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	**DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.84.a.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LENALIDOMIDUM**	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z deksametazonem lub bortezomibem i deksametazonem lub melfalanem i prednizonem dorosłych pacjentów z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT),* *albo* *leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jeden schemat leczenia,* *albo* *monoterapii w leczeniu podtrzymującym dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym po przeszczepieniu autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT) stosowanym po pierwszej linii leczenia*

Załącznik C.84.b.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LENALIDOMIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
2.	**LENALIDOMIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
3.	**LENALIDOMIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
4.	**LENALIDOMIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
5.	**LENALIDOMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	**LENALIDOMIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
7.	**LENALIDOMIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
8.	**LENALIDOMIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*

Załącznik C.84.c.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LENALIDOMIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
2.	**LENALIDOMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
3.	**LENALIDOMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
4.	**LENALIDOMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszcza*

Załącznik C.84.d.

LENALIDOMIDUM

Stosowanie lenalidomidu w połączeniu z rytuksymabem w niżej wymienionych wskazaniach powinno być zgodne z rekomendacjami ESMO lub NCCN.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LENALIDOMIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
2.	**LENALIDOMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
3.	**LENALIDOMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
4.	**LENALIDOMIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z tafasytamabem dorosłych pacjentów z nawrotową albo oporną na leczenie postacią chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych*
5.	**LENALIDOMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakiami strefy brzeżnej*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	**LENALIDOMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakiami strefy brzeżnej* *albo* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszcza*

Załącznik C.85.

ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *w przypadku:* – *pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego* – *kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego*

Załącznik C.86.a.

TRASTUZUMABUM I.V.

1. W monoterapii
albo
2. w skojarzeniu z:
a) chemioterapią,
lub
b) hormonoterapią,
lub
c) pertuzumabem.

Dla wszystkich wskazań:
- *potwierdzenie histologiczne inwazyjnego raka piersi,*
- *dodatni stan HER2 – ekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,*
- *zaawansowanie w stopniu wczesnym ze wskazaniami do leczenia przedoperacyjnego lub pooperacyjnego albo zaawansowanie w stadium uogólnienia ze wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z wytycznymi ChPL lub PTOK.*

Leczenie przerzutowego raka piersi powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania. Możliwe jest leczenie trastuzumabem i.v. po progresji w połączeniu z inną terapią przeciwnowotworową.

Leczenie okołooperacyjnego raka piersi powinno być stosowane w horyzoncie maksymalnie 18 podań leku lub do 1 roku terapii lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
3.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.b.

TRASTUZUMABUM I.V.

W skojarzeniu z cisplatyną (albo oksaliplatyną) i fluorouracylem albo cisplatyną (albo oksaliplatyną) i kapecytabiną:

- *potwierdzenie histologiczne gruczołowego raka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego,*
- *nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,*
- *zaawansowanie w stadium uogólnienia 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.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.0	WPUST
2.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
3.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
4.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
5.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.4	ODŹWIERNIK
6.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
7.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
8.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
9.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.c.

TRASTUZUMAB I.V.

W skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną:

- *potwierdzenie histologiczne surowiczego raka endometrium,*
- *nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,*
- *stopień zaawansowania klinicznego III lub IV wg klasyfikacji FIGO lub nawrotowego raka bez względu na pierwotny stopień zaawansowania,*
- *stopień sprawności 0-2 według ECOG.*

Dawka trastuzumabu pierwszego dnia pierwszego cyklu to dawka nasycająca wynoszącą 8 mg/kg m.c. podawana przez 90 minut. Począwszy od 21. dnia należy podawać trastuzumab w dawce 6 mg/kg m.c., dożylnie co 21 dni i kontynuować leczenie przez czas nieokreślony co 21 dni po zakończeniu 6 cykli terapii cytotoksycznej i do czasu progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.0	CIEŚŃ MACICY, ODCINEK DOLNY
2.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
3.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.2	MIĘSIEŃ MACICY
4.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.3	DNO MACICY
5.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TRZONU MACICY
6.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.9	TRZON MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.87.a.

OCTAN ABIRATERONU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTAN ABIRATERONU**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO *w przypadku:* *leczenia dorosłych pacjentów na nowo rozpoznanego hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego wysokiego ryzyka z przerzutami, w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej; wysokie ryzyko definiowane jest jako występowanie co najmniej 2 z 3 czynników: wskaźnik Gleasona ≥8, obecność ≥ 3 przerzutów do kości, obecność przerzutów do narządów trzewnych (z wyłączeniem węzłów chłonnych). Leczenie należy rozpocząć najpóźniej po trzech miesiącach od wdrożenia deprywacji androgenowej.* *albo* *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,* *albo* *leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu chemioterapii opartej o docetaksel,* *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).*

Załącznik C.87.b.

OCTAN ABIRATERONU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTAN ABIRATERONU**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO *w przypadku:* *leczenia dorosłych pacjentów na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, którzy nie spełniają kryteriów wskazania rejestracyjnego wymienionych w załączniku C.87.a., w połączeniu z deprywacją androgenową jako samodzielne leczenie lub początkowo w skojarzeniu z trwającą przez 18 tyg. chemioterapią opartą o docetaksel,* *albo* *leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, z dużym ryzykiem wystąpienia przerzutów (PSA DT ≤ 10 mies.),* *albo* *leczenia dorosłych pacjentów w ramach uzupełniającej hormonoterapii w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej przez maksymalnie 2 lata, z grupy wysokiego ryzyka po radioterapii radykalnej, u których zdiagnozowano:* *a) obecność przerzutów w węzłach chłonnych (cecha N/+/),* *lub* *b) nieobecność przerzutów w węzłach chłonnych (cecha N/-/) i przynajmniej 2 z 3 czynników: cecha T3-4, wskaźnik Gleasona 8-10, stężenie PSA równe lub większe niż 40 ng/ml.* *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).*

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 PRZEŁYKU
2.	**SUNITINIB**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**SUNITINIB**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**SUNITINIB**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**SUNITINIB**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**SUNITINIB**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**SUNITINIB**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZEŁYKU
8.	**SUNITINIB**	C15.9	PRZEŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	**SUNITINIB**	C16.0	WPUST
10.	**SUNITINIB**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	**SUNITINIB**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	**SUNITINIB**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	**SUNITINIB**	C16.4	ODŹWIERNIK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
14.	**SUNITINIB**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	**SUNITINIB**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	**SUNITINIB**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	**SUNITINIB**	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	**SUNITINIB**	C17.0	DWUNASTNICA
19.	**SUNITINIB**	C17.1	JELITO CZCZE
20.	**SUNITINIB**	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	**SUNITINIB**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
22.	**SUNITINIB**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	**SUNITINIB**	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	**SUNITINIB**	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	**SUNITINIB**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	**SUNITINIB**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	**SUNITINIB**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	**SUNITINIB**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	**SUNITINIB**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	**SUNITINIB**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	**SUNITINIB**	C18.7	ESICA
32.	**SUNITINIB**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	**SUNITINIB**	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	**SUNITINIB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	**SUNITINIB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	**SUNITINIB**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
37.	**SUNITINIB**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	**SUNITINIB**	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	**SUNITINIB**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.88.b.

SUNITINIB

Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym lub przerzutowym nieoperacyjnym mięsakiem pęcherzykowym (alveolar soft part sarcoma) lub samotnym guzem włóknistym (solitary fibrous tumor), a także u wcześniej poddanych chemioterapii pacjentów z mięsakiem naczyniowym (angiosarcoma) w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia - przy braku możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego.

Dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg na dobę. W celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SUNITINIB**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
2.	**SUNITINIB**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ (KREZKA, KREZKA OKRĘŻNICY, SIEĆ, OTRZEWNA ŚCIENNA I MIEDNICY)
3.	**SUNITINIB**	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
4.	**SUNITINIB**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
5.	**SUNITINIB**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI (TKANKA ŁĄCZNA: UCHA, POWIEKI)
6.	**SUNITINIB**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
7.	**SUNITINIB**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
8.	**SUNITINIB**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ, (DÓŁ PACHOWY, PRZEPONA, DUŻE NACZYNIA)
9.	**SUNITINIB**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA (ŚCIANA JAMY BRZUSZNEJ, PODŻEBRZE)
10.	**SUNITINIB**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY, (POŚLADEK, PACHWINA, KROCZE)
11.	**SUNITINIB**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE, (GRZBIET BNO)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
12.	**SUNITINIB**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANEK MIĘKKICH
13.	**SUNITINIB**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.88.c.

SUNITINIB

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka nerki (nie dotyczy chorych z nietolerancją pazopanibu albo sorafenibu),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie 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 neuroendokrynny 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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI *Wyspy trzustkowe Langerhansa*

Załącznik C.89.a.

SORAFENIB

Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym/przerzutowym nowotworem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia imatynibem oraz sunitynibem.

Sorafenib stosowany w dawce 400 mg (dwie tabletki po 200 mg) dwa razy na dobę.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SORAFENIB**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
2.	**SORAFENIB**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**SORAFENIB**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**SORAFENIB**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**SORAFENIB**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**SORAFENIB**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**SORAFENIB**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZEŁYKU
8.	**SORAFENIB**	C15.9	PRZEŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	**SORAFENIB**	C16.0	WPUST
10.	**SORAFENIB**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	**SORAFENIB**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	**SORAFENIB**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	**SORAFENIB**	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	**SORAFENIB**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	**SORAFENIB**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	**SORAFENIB**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	**SORAFENIB**	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	**SORAFENIB**	C17.0	DWUNASTNICA
19.	**SORAFENIB**	C17.1	JELITO CZCZE
20.	**SORAFENIB**	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	**SORAFENIB**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
22.	**SORAFENIB**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	**SORAFENIB**	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	**SORAFENIB**	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	**SORAFENIB**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	**SORAFENIB**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	**SORAFENIB**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	**SORAFENIB**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	**SORAFENIB**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	**SORAFENIB**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	**SORAFENIB**	C18.7	ESICA
32.	**SORAFENIB**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	**SORAFENIB**	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	**SORAFENIB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	**SORAFENIB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	**SORAFENIB**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	**SORAFENIB**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	**SORAFENIB**	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
39.	**SORAFENIB**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.89.b.

SORAFENIB

Lek stosowany u pacjentów z rozpoznaniem nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka wątrobowokomórkowego (HCC), którzy wcześniej nie zostali poddani systemowemu leczeniu z powodu HCC.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SORAFENIB**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.89.c.

SORAFENIB

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanibu),*
- *udokumentowane niepowodzenie leczenia cytokinami (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanib),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W przypadku nietolerancji leczenia sorafenibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sunitinib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sorafenib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SORAFENIB**	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 albo3 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 SUBSTANCJI CZYNNEJ 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 neuroendokrynny 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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI *Wyspy trzustkowe Langerhansa*

Załącznik C.92.a.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DASATINIB**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *leczenie dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej* *w przypadku:* *niepowodzenia, utraty odpowiedzi lub nietolerancji na uprzednie leczenie inhibitorami kinazy tyrozynowej, w tym leczenie imatynibem.*

Załącznik C.92.b.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DASATINIB**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *leczenie dorosłych chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) oraz dorosłych chorych na kryzę limfoblastyczną przewlekłej białaczki szpikowej* *w przypadku:* *oporności lub niepowodzenia leczenia (np. brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję) albo wznowy hematologicznej lub molekularnej (narastanie mierzalnej choroby resztkowej), jeśli protokół wcześniejszego leczenia nie obejmował dazatynibu,* *lub* *gdy wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie,* *lub* *gdy uzyskano całkowitą remisję hematologiczną lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia dazatynibem i prowadzone jest leczenie podtrzymujące obejmujące dazatynib, w tym po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w szczególności jeśli przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej),* *lub* *gdy przy rozpoznaniu lub na jakimkolwiek etapie leczenia stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).*

Załącznik C.93.

TRABECTEDIN

1) W leczeniu pacjentów chorych na nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) mięsaka tkanek miękkich o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma), po niepowodzeniu leczenia antracykliną i ifosfamidem albo z udokumentowanymi przeciwskazaniami do zastosowania tych leków.

2) W leczeniu pacjentek z nawrotowym platynowrażliwym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej, u których jest przeciwskazane zastosowanie schematu zawierającego związek platyny, w skojarzeniu z pegylowaną liposomalną doksorubicyną (PLD).

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TRABECTEDIN**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
2.	**TRABECTEDIN**	C49	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
3.	**TRABECTEDIN**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
4.	**TRABECTEDIN**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Załącznik C.94.

PANITUMUMAB

W leczeniu chorych na nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego, z nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E:

a) *w skojarzeniu z chemioterapią pierwszej linii FOLFOX lub FOLFIRI (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołooperacyjne oraz stosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);*

b) *w skojarzeniu z chemioterapią drugiej linii FOLFIRI, w przypadku progresji po wcześniejszej chemioterapii niezawierającej irynotekanu, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołooperacyjne oraz zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);*

c) *w monoterapii, w przypadku progresji po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego).*

W pierwszej linii u pacjentów bez progresji możliwe jest częściowe lub całkowite przerwanie leczenia (przerwanie podawania panitumumabu, deeskalacja lub przerwanie chemioterapii) z możliwością ponownego zastosowania pierwotnego schematu po wystąpieniu progresji.

W przypadku stwierdzenia nieakceptowalnej toksyczności leku anty-EGFR, możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny lek z grupy anty-EGFR, przy czym taka zmiana nie zmieni linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PANITUMUMAB**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	**PANITUMUMAB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	**PANITUMUMAB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.95.a.

CETUXIMAB

W leczeniu chorych na nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego, z nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E:

a) w skojarzeniu z chemioterapią pierwszej linii FOLFOX lub FOLFIRI (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołooperacyjne oraz stosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);

b) w monoterapii albo w skojarzeniu z irynotekanem, w przypadku progresji po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego).

W pierwszej linii u pacjentów bez progresji możliwe jest częściowe lub całkowite przerwanie leczenia (przerwanie podawania cetuksymabu, deeskalacja lub przerwanie chemioterapii) z możliwością ponownego zastosowania pierwotnego schematu po wystąpieniu progresji.

W przypadku stwierdzenia nieakceptowalnej toksyczności leku anty-EGFR, możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny lek z grupy anty-EGFR, przy czym taka zmiana nie zmieni linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinnym wlewie podczas pierwszej dawki i 250 mg/m^2 powierzchni ciała w 1-godzinnym wlewie podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinnym wlewie – w odstępach 14-dniowych.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CETUXIMAB**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	**CETUXIMAB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	**CETUXIMAB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.95.b.

CETUXIMAB

1. *płaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie:*

   — *stopień III lub IV (z wyłączeniem stopnia T1N1 i wykluczeniem obecności przerzutów w odległych narządach).*

Leczenie trwa do czasu zakończenia planowanej radioterapii lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie - w tym związanych z przerwaniem napromieniania lub przerwą w napromienianiu przekraczającą 2 tygodnie.

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinnym wlewie podczas pierwszej dawki i 250 mg/m^2 powierzchni ciała w 1-godzinnym wlewie podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinnym wlewie – w odstępach 14-dniowych.

2. *płaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny w zaawansowanej chorobie:*

   — *nawrót lub przerzuty odległe przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania),*

   — *wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anty-EGFR (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem),*

   — *brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU.*

Schemat EXTREME – cetuksymab stosowany dożylnie w dawce 250 mg/m^2 powierzchni ciała w odstępach 7-dniowych lub 500 mg/m^2 powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.

Schemat TPEx – cetuksymab stosowany dożylnie w dawce 500 mg/m^2 powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.

Po zakończeniu podawania chemioterapii (wg schematów EXTREME, TPEx) leczenie podtrzymujące cetuksymabem trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CETUXIMAB**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
2.	**CETUXIMAB**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
3.	**CETUXIMAB**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
4.	**CETUXIMAB**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
5.	**CETUXIMAB**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
6.	**CETUXIMAB**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
7.	**CETUXIMAB**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
8.	**CETUXIMAB**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
9.	**CETUXIMAB**	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10.	**CETUXIMAB**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
11.	**CETUXIMAB**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
12.	**CETUXIMAB**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
13.	**CETUXIMAB**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
14.	**CETUXIMAB**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*

Załącznik C.96.

LAPATINIB

Lek stosowany w skojarzeniu z kapecytabiną lub trastuzumabem i.v. lub hormonoterapią, u chorych na przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi w drugiej lub kolejnej linii leczenia, a w pierwszej linii tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy lub nawrót wystąpił w jej trakcie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LAPATINIB**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	**LAPATINIB**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI
3.	**LAPATINIB**	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	**LAPATINIB**	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	**LAPATINIB**	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	**LAPATINIB**	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	**LAPATINIB**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	**LAPATINIB**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	**LAPATINIB**	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.97.

CABAZITAXEL

W skojarzeniu z prednizonem lub prednizolonem jest wskazany do leczenia pacjentów dorosłych z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami, leczonych wcześniej docetakselem.

Czas od zakończenia chemioterapii z udziałem docetakselu powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CABAZITAXEL**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.98.

RADIUM (223RA) DICHLORIDE

W leczeniu pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami po uprzednim zastosowaniu, z powodu przerzutowego raka gruczołu krokowego, hormonoterapii lekiem nowej generacji (nowe antyandrogeny lub octan abirateronu) i chemioterapii albo brak możliwości lub medycznego uzasadnienia do ich zastosowania.

Potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności przynajmniej 6 przerzutów w kościach (w szczególnych przypadkach włączenie leczenia może dotyczyć chorych z liczbą przerzutów 4-5, jeżeli cechy choroby przemawiają za dużą szansą pozytywnego działania po ocenie stanu układu kostnego (scyntygrafia i pomiar gęstości mineralnej kości) oraz ocenie ryzyka złamań).

Nieobecność przerzutów w narządach wewnętrznych z wyjątkiem przerzutów w węzłach chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie, jednak nie dłużej niż 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**RADIUM (223RA) DICHLORIDE**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.99.

AKSITINIB

Leczenie zaawansowanego stadium nowotworu nerkowokomórkowego, z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych, u dorosłych pacjentów po udokumentowanym niepowodzeniu leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**AKSITINIB**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.100.

TEMSIROLIMUS

Leczenie pierwszego rzutu nowotworu nerkowokomórkowego w stadium zaawansowanym u dorosłych pacjentów.

Kwalifikacja do leczenia pacjentów o sprawności w skali Karnofsky'ego 60-100.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TEMSIROLIMUS**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

D 1. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590
3	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675
4	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736
5	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
6	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
7	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
8	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113
10	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt.	05909990840229
11	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
12	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
13	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272
14	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319
15	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
16	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
17	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
18	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
19	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
20	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317
21	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416
22	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813
23	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327
24	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426
25	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328
26	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610
27	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693
28	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754
29	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709
30	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730
31	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747
32	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755
33	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731
34	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
35	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762
36	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021
37	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462
38	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925
39	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711
40	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fiol.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118
41	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
42	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
43	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529
44	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505
45	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604
46	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628
47	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616
48	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654
49	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212
50	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819
51	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818
52	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876
53	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883
54	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906
55	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972
56	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880
57	Amisulpridum	Amisan, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990762996
58	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965
59	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649
60	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557
61	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207
62	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214
63	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915
64	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011
65	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991452261
66	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991471248
67	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991520250
68	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816
69	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991466114
70	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
71	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803
72	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
73	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
74	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
75	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
76	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
77	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
78	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
79	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
80	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
81	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
82	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
83	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
84	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
85	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
86	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698
87	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476
88	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
89	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
90	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
91	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449
92	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
93	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
94	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
95	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
96	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
97	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
98	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
99	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
100	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
101	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
102	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
103	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
104	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
105	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
106	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
107	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
108	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
109	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629
110	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
111	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
112	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
113	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
114	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
115	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
116	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
117	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139
118	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117
119	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619
120	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041
121	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874
122	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361
123	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322
124	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941
125	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934
126	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747
127	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906
128	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819
129	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826
130	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833
131	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912
132	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115
133	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960
134	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319
135	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324
136	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108
137	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115
138	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991284220
139	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237
140	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279
141	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262
142	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
143	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908
144	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922
145	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953
146	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288
147	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909990614318
148	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120
149	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235
150	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521
151	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385
152	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345
153	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542
154	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990
155	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848
156	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846
157	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624
158	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517
159	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440
160	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772
161	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073
162	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080
163	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027
164	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034
165	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
166	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
167	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
168	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
169	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
170	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
171	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
172	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759
173	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573
174	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306
175	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535
176	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528
177	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888
178	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895
179	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
180	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382
181	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691
182	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730
183	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747
184	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068
185	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754
186	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761
187	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075
188	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082
189	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020
190	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648
191	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655
192	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037
193	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662
194	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679
195	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044
196	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475
197	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
198	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
199	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
200	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
201	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526
202	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
203	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832
204	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
205	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
206	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
207	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
208	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
209	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241
210	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850
211	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690
212	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713
213	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836
214	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850
215	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659
216	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
217	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673
218	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680
219	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635
220	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642
221	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225
222	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256
223	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531
224	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555
225	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324
226	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355
227	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423
228	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034
229	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
230	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696
231	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908
232	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953
233	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946
234	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984
235	Atomoxetinum	Atofab, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	09008732012224
236	Atomoxetinum	Atofab, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	09008732012231
237	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991412173
238	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991412241
239	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380
240	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601
241	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496
242	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909991523985
243	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717
244	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241
245	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938
246	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952
247	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976
248	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990
249	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586
250	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609
251	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647
252	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647
253	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
254	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173
255	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914
256	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806
257	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282
258	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299
259	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464
260	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488
261	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471
262	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336
263	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374
264	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926
265	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995
266	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991321710
267	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611
268	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659
269	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382896
270	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991382902
271	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919
272	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991382926
273	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933
274	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940
275	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053
276	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920
277	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951
278	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975
279	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275
280	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990900336
281	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990900305
282	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459
283	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991501655
284	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991501662
285	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991444686
286	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991444730
287	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	08595566453541
288	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991444747
289	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991444792
290	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	08595566453589

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
291	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991444853
292	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847
293	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939
294	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028
295	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298
296	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400
297	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530
298	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547
299	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992
300	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618
301	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137
302	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359
303	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717
304	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144
305	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366
306	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816
307	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151
308	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373
309	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383
310	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508
311	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990905553
312	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990905539
313	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638
314	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990905652
315	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990905676
316	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990905782
317	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990905867
318	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990905805
319	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097
320	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103
321	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991415976
322	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134
323	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991419042
324	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141
325	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990338290
326	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990338368
327	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990338436

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
328	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990338443
329	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990957071
330	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161
331	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990810178
332	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990810185
333	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208
334	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814
335	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821
336	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838
337	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913
338	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920
339	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937
340	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909991403935
341	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991403911
342	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991403997
343	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112
344	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
345	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
346	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810
347	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816
348	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412
349	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518
350	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990969876
351	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909990573738
352	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997214023
353	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997223537
354	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990573752
355	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030
356	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997223551
357	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320
358	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337
359	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344
360	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682
361	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991087319
362	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566
363	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573
364	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
365	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520
366	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608
367	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219
368	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226
369	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318
370	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110
371	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt.	05909990846214
372	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417
373	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990118915
374	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990119011
375	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990118816
376	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216
377	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625
378	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990186518
379	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	05909990186525
380	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
381	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
382	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
383	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
384	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
385	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769
386	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776
387	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
388	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
389	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
390	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
391	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
392	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216
393	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219
394	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529
395	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420
396	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049
397	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056
398	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070
399	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063
400	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
401	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
402	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
403	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
404	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852
405	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990633869
406	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791
407	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990633807
408	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501
409	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600
410	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523
411	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554
412	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448
413	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400
414	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024
415	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
416	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
417	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483
418	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490
419	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641
420	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
421	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
422	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386
423	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
424	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588
425	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234
426	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333
427	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
428	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
429	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
430	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
431	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
432	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
433	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
434	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
435	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
436	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
437	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082
438	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
439	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986
440	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
441	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
442	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
443	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
444	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966
445	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314
446	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
447	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
448	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
449	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332
450	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
451	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
452	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
453	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
454	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
455	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
456	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
457	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
458	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
459	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
460	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
461	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
462	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
463	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
464	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
465	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
466	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
467	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
468	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
469	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
470	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
471	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
472	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
473	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
474	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056
475	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
476	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131
477	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127
478	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226
479	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325
480	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
481	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450
482	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538
483	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
484	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919
485	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249
486	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256
487	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738
488	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376
489	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383
490	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080
491	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097
492	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999
493	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029
494	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398
495	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602
496	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655
497	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
498	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
499	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
500	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
501	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057
502	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064
503	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
504	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
505	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456
506	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463
507	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264
508	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876
509	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
510	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
511	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
512	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
513	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
514	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
515	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
516	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
517	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
518	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680
519	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697
520	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
521	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
522	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
523	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666
524	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673
525	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
526	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
527	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
528	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
529	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
530	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209
531	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230
532	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179
533	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
534	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
535	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
536	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
537	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
538	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
539	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
540	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
541	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
542	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
543	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
544	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
545	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
546	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
547	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
548	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
549	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
550	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
551	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
552	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
553	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
554	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
555	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
556	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
557	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
558	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
559	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
560	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315
561	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909
562	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930
563	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862
564	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879
565	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886
566	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893
567	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514
568	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613
569	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620
570	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712
571	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411
572	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428
573	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527
574	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510
575	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910
576	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927
577	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
578	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
579	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
580	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
581	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840
582	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857
583	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697
584	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703
585	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145
586	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
587	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183
588	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190
589	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991312831
590	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991312855
591	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212
592	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229
593	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113
594	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120
595	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331
596	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355
597	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362
598	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416
599	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409
600	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386
601	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991231194
602	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991231217
603	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951
604	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753
605	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456
606	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760
607	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991265328
608	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383
609	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946
610	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390
611	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953
612	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991471620
613	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991471637
614	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991526115
615	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991526108
616	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335
617	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342
618	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812
619	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213
620	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312
621	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411
622	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077
623	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
624	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435
625	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575
626	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212
627	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203
628	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093
629	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932
630	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949
631	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641
632	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729
633	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736
634	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793
635	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
636	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
637	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119
638	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441
639	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250
640	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725
641	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736
642	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672
643	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991457020
644	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515
645	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990184637
646	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618
647	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582
648	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409
649	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416
650	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017
651	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116
652	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
653	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
654	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463
655	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289
656	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357
657	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624
658	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426
659	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525
660	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
661	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679
662	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424
663	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111
664	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814
665	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616
666	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715
667	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913
668	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990499113
669	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414
670	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216
671	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514
672	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964
673	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990729012
674	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991033514
675	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991033613
676	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626
677	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990781010
678	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546
679	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453
680	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446
681	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477
682	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491
683	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165
684	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990045532
685	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990045549
686	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710
687	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727
688	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624
689	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631
690	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990331819
691	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990331826
692	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990719419
693	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117
694	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416
695	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt.	05909991001438
696	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991001520
697	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt.	05909991001544

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
698	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537
699	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207
700	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210
701	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435
702	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111
703	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397
704	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510
705	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928
706	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800
707	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997196497
708	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
709	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916
710	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012
711	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
712	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
713	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715
714	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705
715	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736
716	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606
717	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521
718	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422
719	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443
720	Clozapinum	Symcloza, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991373467
721	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382
722	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
723	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
724	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412
725	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077
726	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
727	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814
728	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108
729	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852
730	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838
731	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364
732	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654
733	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678
734	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
735	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611
736	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991359478
737	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	08901175035427
738	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991359454
739	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921
740	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981
741	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669
742	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458
743	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359
744	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373
745	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533
746	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540
747	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991480172
748	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991480189
749	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991499785
750	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991499792
751	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548
752	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579
753	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494
754	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178
755	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208
756	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763
757	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729
758	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480
759	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879
760	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633
761	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603
762	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
763	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
764	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
765	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
766	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
767	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
768	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
769	Dienogest	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991405120
770	Dienogestum	Aridya, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991430702
771	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991487270

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
772	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991473341
773	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576
774	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569
775	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978
776	Dienogestum	Symdieno, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991392871
777	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962
778	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552
779	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045
780	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069
781	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	05909990375813
782	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313
783	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306
784	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
785	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015
786	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
787	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962
788	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
789	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936
790	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943
791	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
792	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
793	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
794	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
795	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
796	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144
797	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
798	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955
799	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049
800	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056
801	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
802	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
803	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890
804	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255
805	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293
806	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
807	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
808	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
809	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
810	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
811	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
812	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
813	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
814	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
815	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
816	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
817	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
818	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
819	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
820	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
821	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797
822	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
823	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
824	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
825	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
826	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
827	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
828	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
829	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
830	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
831	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
832	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
833	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
834	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
835	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
836	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980
837	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997
838	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
839	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
840	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
841	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
842	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776
843	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813
844	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296
845	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
846	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644
847	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668
848	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040
849	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636
850	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064
851	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071
852	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239
853	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253
854	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277
855	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321
856	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345
857	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745
858	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752
859	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369
860	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172
861	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219
862	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699
863	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688
864	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664
865	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651
866	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540
867	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618
868	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885
869	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946
870	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
871	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
872	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
873	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
874	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
875	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
876	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
877	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
878	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
879	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
880	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
881	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
882	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
883	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
884	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
885	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
886	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
887	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
888	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
889	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
890	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579
891	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497
892	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975
893	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160
894	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534
895	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999
896	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191
897	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332
898	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755
899	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363
900	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762
901	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (blister)	05909990876280
902	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327
903	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548
904	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (blister)	05909990876778
905	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808
906	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555
907	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275
908	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282
909	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
910	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911
911	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828
912	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835
913	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
914	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
915	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
916	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713
917	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416
918	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515
919	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
920	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098
921	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853
922	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822
923	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050
924	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839
925	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081
926	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846
927	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193
928	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209
929	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131
930	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330
931	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163
932	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279
933	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385
934	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224
935	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503
936	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527
937	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541
938	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558
939	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846
940	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860
941	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068
942	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853
943	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877
944	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075
945	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787
946	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848
947	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
948	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
949	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
950	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
951	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
952	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
953	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
954	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219
955	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871
956	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
957	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151
958	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679
959	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617
960	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457
961	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488
962	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798
963	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
964	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
965	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
966	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
967	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
968	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
969	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
970	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
971	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
972	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452
973	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506
974	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445
975	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732
976	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756
977	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995
978	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008
979	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909990869763
980	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022
981	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770
982	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039
983	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270
984	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287
985	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294
986	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263
987	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533
988	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611
989	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914
990	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512
991	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
992	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
993	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
994	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
995	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
996	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621
997	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
998	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311
999	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328
1000	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214
1001	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258
1002	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296
1003	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612
1004	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629
1005	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217
1006	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371
1007	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720
1008	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839
1009	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
1010	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
1011	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
1012	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
1013	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
1014	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
1015	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
1016	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
1017	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
1018	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
1019	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
1020	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
1021	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
1022	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
1023	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
1024	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
1025	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
1026	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
1027	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
1028	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
1029	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
1030	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1031	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
1032	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
1033	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
1034	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
1035	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
1036	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
1037	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
1038	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
1039	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
1040	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
1041	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
1042	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
1043	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
1044	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
1045	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
1046	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
1047	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
1048	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
1049	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
1050	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
1051	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
1052	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
1053	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
1054	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
1055	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
1056	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
1057	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
1058	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
1059	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
1060	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
1061	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
1062	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
1063	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827
1064	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728
1065	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
1066	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
1067	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1068	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
1069	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
1070	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
1071	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
1072	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
1073	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
1074	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
1075	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
1076	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
1077	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
1078	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
1079	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
1080	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
1081	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
1082	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
1083	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588
1084	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
1085	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
1086	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
1087	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
1088	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
1089	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
1090	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
1091	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
1092	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
1093	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542
1094	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658
1095	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216
1096	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
1097	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
1098	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422
1099	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521
1100	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413
1101	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
1102	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
1103	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
1104	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1105	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
1106	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
1107	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
1108	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
1109	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758
1110	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927
1111	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
1112	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635
1113	Icatibantum	Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05055565774410
1114	Icatibantum	Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991485870
1115	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712
1116	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461
1117	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531
1118	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548
1119	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524
1120	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053
1121	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639
1122	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
1123	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
1124	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
1125	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
1126	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
1127	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
1128	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
1129	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
1130	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
1131	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
1132	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
1133	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkladów po 3 ml	05909990895717
1134	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
1135	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
1136	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
1137	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
1138	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
1139	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
1140	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
1141	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1142	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
1143	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
1144	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
1145	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
1146	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
1147	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
1148	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
1149	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
1150	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
1151	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
1152	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
1153	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
1154	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
1155	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
1156	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
1157	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
1158	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
1159	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
1160	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
1161	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
1162	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
1163	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
1164	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
1165	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
1166	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
1167	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
1168	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
1169	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
1170	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
1171	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
1172	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255
1173	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262
1174	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317
1175	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331
1176	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826
1177	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819
1178	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1179	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
1180	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
1181	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112
1182	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317
1183	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
1184	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
1185	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694
1186	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485
1187	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553
1188	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514
1189	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990760718
1190	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593
1191	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551
1192	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582
1193	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612
1194	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506
1195	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331
1196	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743348
1197	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743355
1198	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324
1199	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540
1200	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557
1201	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564
1202	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533
1203	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358
1204	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991358365
1205	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991358372
1206	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991358341
1207	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	05909991384234
1208	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	05909991384241
1209	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	05909991384258
1210	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	05909991384197
1211	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505
1212	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
1213	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
1214	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
1215	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1216	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
1217	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
1218	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
1219	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
1220	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
1221	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
1222	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
1223	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
1224	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
1225	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
1226	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
1227	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817
1228	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032
1229	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045
1230	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076
1231	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
1232	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
1233	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582
1234	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
1235	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
1236	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
1237	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
1238	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
1239	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
1240	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
1241	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524
1242	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531
1243	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825
1244	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818
1245	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555
1246	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365
1247	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396
1248	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311
1249	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
1250	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
1251	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
1252	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1253	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
1254	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
1255	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
1256	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213
1257	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609
1258	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
1259	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
1260	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826
1261	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925
1262	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482
1263	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399
1264	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138
1265	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145
1266	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05995327191980
1267	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05995327192031
1268	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05995327192079
1269	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604
1270	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388
1271	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628
1272	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991510466
1273	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651
1274	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
1275	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
1276	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
1277	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
1278	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
1279	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
1280	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
1281	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379
1282	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
1283	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
1284	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
1285	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492
1286	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577
1287	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591
1288	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652
1289	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1290	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
1291	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
1292	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957
1293	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060
1294	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183
1295	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
1296	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
1297	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
1298	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986
1299	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037
1300	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856
1301	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894
1302	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
1303	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
1304	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135
1305	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180
1306	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203
1307	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258
1308	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272
1309	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
1310	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
1311	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497
1312	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602
1313	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640
1314	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886
1315	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
1316	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
1317	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858
1318	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872
1319	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889
1320	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926
1321	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
1322	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
1323	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
1324	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956
1325	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052
1326	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1327	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014
1328	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	08595566452292
1329	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929
1330	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943
1331	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936
1332	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991192600
1333	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186
1334	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475
1335	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
1336	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129
1337	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726
1338	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733
1339	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
1340	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133
1341	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140
1342	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807
1343	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991060589
1344	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627
1345	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105
1346	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781720
1347	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034
1348	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267
1349	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912
1350	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
1351	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
1352	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
1353	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
1354	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
1355	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
1356	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
1357	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
1358	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
1359	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
1360	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
1361	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
1362	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
1363	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1364	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
1365	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
1366	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
1367	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
1368	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
1369	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
1370	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
1371	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
1372	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
1373	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
1374	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
1375	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
1376	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
1377	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
1378	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
1379	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
1380	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
1381	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
1382	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
1383	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
1384	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691
1385	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
1386	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
1387	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
1388	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
1389	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
1390	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
1391	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
1392	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
1393	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
1394	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122
1395	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023
1396	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927
1397	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
1398	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
1399	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343
1400	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1401	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233
1402	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318
1403	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
1404	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
1405	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
1406	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
1407	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
1408	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
1409	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
1410	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
1411	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659
1412	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914
1413	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112
1414	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129
1415	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991296940
1416	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654
1417	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905
1418	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345
1419	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118
1420	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
1421	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
1422	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670
1423	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762
1424	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878
1425	Mazipredonum + Miconazoli nitras	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812
1426	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615
1427	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963
1428	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101
1429	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
1430	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883
1431	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006
1432	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
1433	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262
1434	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279
1435	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	20 szt.	05909990431168
1436	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990464418
1437	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990464425

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1438	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990612406
1439	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990612420
1440	Meloxicamum	Remolexam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909991343354
1441	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514
1442	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
1443	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816
1444	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011
1445	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915
1446	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110
1447	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
1448	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1449	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
1450	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1451	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1452	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1453	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813
1454	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
1455	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184
1456	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989
1457	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1458	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
1459	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815
1460	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1461	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1462	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1463	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1464	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430
1465	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1466	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1467	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117
1468	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
1469	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1470	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1471	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1472	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1473	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1474	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1475	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1476	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1477	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
1478	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
1479	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1480	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1481	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1482	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1483	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1484	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1485	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722
1486	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654
1487	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
1488	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	07613421049317
1489	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324
1490	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331
1491	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	07613421049256
1492	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263
1493	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270
1494	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	07613421049287
1495	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294
1496	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1497	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
1498	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1499	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1500	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1501	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1502	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1503	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1504	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1505	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1506	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1507	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1508	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248
1509	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990789276
1510	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990789290
1511	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1512	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751
1513	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
1514	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1515	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
1516	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990789306
1517	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1518	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1519	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
1520	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1521	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1522	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1523	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1524	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1525	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1526	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
1527	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
1528	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1529	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
1530	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1531	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1532	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1533	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
1534	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
1535	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1536	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1537	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1538	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110
1539	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
1540	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
1541	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984
1542	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991
1543	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1544	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
1545	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990457212
1546	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990457229
1547	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236
1548	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1549	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990457311
1550	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335
1551	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348
1552	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
1553	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
1554	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
1555	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
1556	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
1557	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
1558	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
1559	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763
1560	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
1561	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701
1562	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
1563	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749
1564	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558
1565	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
1566	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497
1567	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
1568	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510
1569	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
1570	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390
1571	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413
1572	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345
1573	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376
1574	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086
1575	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116
1576	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147
1577	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161
1578	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991488215
1579	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991488253
1580	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991488277
1581	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291
1582	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1583	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
1584	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
1585	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1586	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1587	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1588	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1589	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1590	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1591	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1592	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1593	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1594	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1595	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
1596	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1597	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
1598	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1599	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867
1600	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1601	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1602	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
1603	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1604	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1605	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
1606	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
1607	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
1608	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1609	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1610	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1611	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1612	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1613	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
1614	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
1615	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1616	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1617	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1618	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1619	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1620	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
1621	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1622	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1623	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1624	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
1625	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
1626	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
1627	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
1628	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
1629	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607
1630	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570
1631	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051
1632	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068
1633	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082
1634	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099
1635	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112
1636	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129
1637	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143
1638	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150
1639	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174
1640	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181
1641	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235
1642	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242
1643	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297
1644	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303
1645	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020
1646	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037
1647	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021
1648	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038
1649	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198
1650	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204
1651	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181
1652	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235
1653	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242
1654	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259
1655	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266
1656	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
1657	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
1658	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
1659	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1660	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220
1661	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
1662	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
1663	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
1664	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
1665	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
1666	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236718
1667	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
1668	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
1669	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
1670	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
1671	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962
1672	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
1673	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391
1674	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311
1675	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
1676	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618
1677	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625
1678	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813
1679	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242
1680	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525
1681	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716
1682	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822
1683	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599
1684	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909991449568
1685	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575
1686	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582
1687	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991500269
1688	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991500207
1689	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991500221
1690	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991500245
1691	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419
1692	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991061210
1693	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991061227
1694	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1695	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
1696	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004
1697	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
1698	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
1699	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
1700	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
1701	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
1702	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275
1703	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695
1704	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688
1705	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
1706	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
1707	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
1708	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462
1709	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
1710	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
1711	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
1712	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
1713	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
1714	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243
1715	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
1716	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
1717	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991088255
1718	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858
1719	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235
1720	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
1721	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
1722	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266
1723	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481
1724	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013
1725	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991472023
1726	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991472030
1727	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
1728	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
1729	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
1730	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090
1731	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1732	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
1733	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
1734	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
1735	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300
1736	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827
1737	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121
1738	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220
1739	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926
1740	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022
1741	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
1742	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
1743	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237
1744	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534
1745	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633
1746	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336
1747	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435
1748	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902
1749	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425
1750	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614
1751	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918
1752	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515
1753	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472
1754	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993
1755	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563
1756	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt. (blister)	05909990715268
1757	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185
1758	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208
1759	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
1760	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1761	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1762	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
1763	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
1764	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
1765	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
1766	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
1767	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404
1768	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1769	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442
1770	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
1771	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
1772	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
1773	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
1774	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099
1775	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143
1776	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
1777	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
1778	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990466818
1779	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438
1780	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536
1781	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515
1782	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543
1783	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782
1784	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799
1785	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805
1786	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836
1787	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371
1788	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364
1789	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166
1790	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912
1791	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418
1792	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320
1793	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337
1794	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338
1795	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711
1796	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612
1797	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513
1798	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913
1799	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715
1800	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781
1801	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743
1802	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799
1803	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843
1804	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881
1805	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1806	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106
1807	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343
1808	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991461294
1809	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300
1810	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592
1811	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622
1812	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076
1813	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666
1814	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649
1815	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526
1816	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475
1817	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499
1818	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512
1819	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451
1820	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
1821	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
1822	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793365
1823	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593
1824	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990793341
1825	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586
1826	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389
1827	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616
1828	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402
1829	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609
1830	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956
1831	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021
1832	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901
1833	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467
1834	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481
1835	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498
1836	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443
1837	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870
1838	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05901878600451
1839	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052
1840	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901
1841	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895
1842	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1843	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126
1844	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260
1845	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539
1846	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186
1847	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253
1848	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246
1849	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239
1850	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805
1851	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782
1852	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367
1853	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990335374
1854	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000
1855	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990422241
1856	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990422258
1857	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910
1858	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05909991144265
1859	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343
1860	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990335350
1861	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942
1862	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990422265
1863	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990422272
1864	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927
1865	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991144258
1866	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
1867	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911
1868	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812
1869	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
1870	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
1871	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
1872	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
1873	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
1874	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
1875	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
1876	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
1877	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
1878	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123
1879	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1880	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570
1881	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
1882	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078
1883	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826
1884	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
1885	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
1886	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
1887	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013
1888	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184
1889	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610
1890	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744
1891	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737
1892	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768
1893	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751
1894	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917
1895	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177
1896	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603
1897	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
1898	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
1899	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
1900	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
1901	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
1902	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
1903	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
1904	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
1905	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
1906	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
1907	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
1908	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
1909	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
1910	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
1911	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
1912	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
1913	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
1914	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
1915	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
1916	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1917	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011
1918	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709
1919	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581
1920	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716
1921	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635
1922	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723
1923	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816
1924	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693
1925	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647
1926	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661
1927	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630
1928	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425
1929	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779
1930	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809
1931	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225
1932	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537
1933	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544
1934	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663
1935	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612
1936	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629
1937	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654
1938	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324
1939	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695
1940	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442
1941	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779
1942	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731
1943	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667
1944	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933
1945	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753
1946	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739
1947	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298
1948	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359
1949	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990796533
1950	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510
1951	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044
1952	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150
1953	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1954	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016
1955	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811
1956	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910
1957	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809
1958	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
1959	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
1960	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
1961	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
1962	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615
1963	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714
1964	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
1965	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
1966	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
1967	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
1968	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
1969	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
1970	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
1971	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
1972	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
1973	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
1974	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
1975	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
1976	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
1977	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
1978	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827
1979	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865
1980	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902
1981	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742
1982	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940
1983	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164
1984	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
1985	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
1986	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814
1987	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418
1988	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt.	05909991246525
1989	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991246532
1990	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1991	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774
1992	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842
1993	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859
1994	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399
1995	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337
1996	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033
1997	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643
1998	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640
1999	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732
2000	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003
2001	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041
2002	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089
2003	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126
2004	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974
2005	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967
2006	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789
2007	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796
2008	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521
2009	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552
2010	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761
2011	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371
2012	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853
2013	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418
2014	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897
2015	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941
2016	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184
2017	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320
2018	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974
2019	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981
2020	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209
2021	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907
2022	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188
2023	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759
2024	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631
2025	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927
2026	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934
2027	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2028	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372
2029	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681
2030	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100
2031	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179
2032	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217
2033	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
2034	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
2035	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
2036	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
2037	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
2038	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
2039	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
2040	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141
2041	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
2042	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
2043	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029
2044	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223
2045	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923
2046	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212
2047	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205
2048	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
2049	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
2050	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524
2051	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310
2052	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152
2053	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743
2054	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562
2055	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059
2056	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
2057	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
2058	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
2059	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
2060	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
2061	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
2062	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
2063	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
2064	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2065	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
2066	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
2067	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299
2068	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
2069	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
2070	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
2071	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
2072	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
2073	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
2074	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
2075	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
2076	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
2077	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
2078	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
2079	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
2080	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
2081	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
2082	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
2083	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
2084	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
2085	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
2086	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123
2087	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909991033507
2088	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	05909991033590
2089	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
2090	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
2091	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
2092	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
2093	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg	60 tabl.	05909990910762
2094	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg	60 tabl.	05909990910779
2095	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	05909990897780
2096	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319
2097	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371
2098	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432
2099	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853
2100	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163
2101	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2102	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309
2103	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990806362
2104	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990806386
2105	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990806355
2106	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990722365
2107	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990722426
2108	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990722327
2109	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990055562
2110	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990055593
2111	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990055531
2112	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990055630
2113	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420
2114	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468
2115	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505
2116	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543
2117	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383
2118	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990058778
2119	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785
2120	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233
2121	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990058754
2122	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761
2123	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196
2124	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808
2125	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062
2126	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857
2127	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888
2128	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840
2129	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901
2130	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963
2131	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020
2132	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758
2133	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143
2134	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235
2135	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068
2136	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280
2137	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591
2138	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2139	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737
2140	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922
2141	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367
2142	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894
2143	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373
2144	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403
2145	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441
2146	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990965335
2147	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234
2148	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272
2149	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296
2150	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241
2151	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265
2152	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991498870
2153	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909991498887
2154	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991498856
2155	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590
2156	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651
2157	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583
2158	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675
2159	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393
2160	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461
2161	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492
2162	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991087180
2163	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991087258
2164	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991087005
2165	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710
2166	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516
2167	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615
2168	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882
2169	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417
2170	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
2171	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
2172	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
2173	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
2174	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
2175	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2176	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
2177	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
2178	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
2179	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
2180	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
2181	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
2182	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
2183	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
2184	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016
2185	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910
2186	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
2187	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
2188	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
2189	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
2190	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787
2191	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903
2192	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
2193	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
2194	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
2195	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
2196	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
2197	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
2198	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
2199	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
2200	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334
2201	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
2202	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303
2203	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
2204	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
2205	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
2206	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
2207	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
2208	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
2209	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
2210	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
2211	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
2212	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2213	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
2214	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
2215	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
2216	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
2217	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523
2218	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
2219	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
2220	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
2221	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
2222	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
2223	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
2224	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
2225	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
2226	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
2227	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
2228	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
2229	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
2230	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
2231	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
2232	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
2233	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
2234	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138
2235	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258
2236	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265
2237	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272
2238	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289
2239	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296
2240	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990044481
2241	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990044344
2242	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990044252
2243	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990044146
2244	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 zestaw	05909991457952
2245	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	1 zestaw	05909991457921
2246	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 zestaw	05909991457891
2247	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990336524

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2248	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990336548
2249	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990336487
2250	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990336500
2251	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990336555
2252	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990336579
2253	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990336586
2254	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990336609
2255	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
2256	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
2257	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
2258	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828
2259	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990670413
2260	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990670512
2261	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990670611
2262	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990670710
2263	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990567683
2264	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990567737
2265	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990567935
2266	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990568031
2267	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932
2268	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849
2269	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994
2270	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863
2271	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883
2272	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906
2273	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920
2274	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875
2275	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184
2276	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337
2277	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375
2278	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141
2279	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799
2280	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991519605
2281	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991519612
2282	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2283	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812
2284	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984
2285	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991496579
2286	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991496586
2287	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991509415
2288	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165
2289	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103
2290	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775
2291	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604
2292	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950
2293	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659
2294	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981
2295	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673
2296	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574
2297	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674
2298	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698
2299	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759
2300	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773
2301	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841
2302	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865
2303	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599
2304	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636
2305	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991475079
2306	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991475086
2307	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991475093
2308	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991475062
2309	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250
2310	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304
2311	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380
2312	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403
2313	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458
2314	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533
2315	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588
2316	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663
2317	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687
2318	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724
2319	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2320	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892
2321	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106
2322	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182
2323	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743
2324	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781
2325	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873
2326	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927
2327	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009
2328	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061
2329	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606
2330	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623
2331	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647
2332	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973
2333	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959
2334	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685
2335	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708
2336	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086
2337	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062
2338	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753
2339	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777
2340	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562
2341	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586
2342	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785
2343	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079
2344	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333
2345	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839
2346	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109
2347	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340
2348	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853
2349	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914
2350	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010
2351	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881
2352	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
2353	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
2354	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
2355	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
2356	Salbutamolum	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**
2357	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
2358	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
2359	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
2360	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
2361	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
2362	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
2363	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739
2364	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654
2365	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317
2366	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991483807
2367	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218
2368	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685
2369	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692
2370	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368
2371	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344
2372	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660
2373	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615
2374	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622
2375	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561
2376	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516
2377	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523
2378	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621
2379	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690
2380	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163
2381	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040
2382	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963
2383	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925
2384	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990994816
2385	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215
2386	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116
2387	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472
2388	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982
2389	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279
2390	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286
2391	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293
2392	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532
2393	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2394	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110
2395	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219
2396	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318
2397	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990941025
2398	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990941124
2399	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650
2400	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667
2401	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273
2402	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297
2403	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334
2404	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990731565
2405	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990731671
2406	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591
2407	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829
2408	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812
2409	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031
2410	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616
2411	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715
2412	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838
2413	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012
2414	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111
2415	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714
2416	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114
2417	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213
2418	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990055722
2419	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215
2420	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314
2421	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990365913
2422	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990366026
2423	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990769124
2424	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645
2425	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210
2426	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613
2427	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118
2428	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
2429	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
2430	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2431	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
2432	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
2433	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124
2434	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651
2435	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668
2436	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
2437	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
2438	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	20 szt.	08595566454715
2439	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	08595566454760
2440	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513
2441	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414
2442	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215
2443	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat doustny, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521
2444	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232
2445	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263
2446	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294
2447	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331
2448	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719
2449	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000
2450	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304
2451	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426
2452	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161
2453	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610
2454	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219
2455	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
2456	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
2457	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
2458	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
2459	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416
2460	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
2461	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
2462	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
2463	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217
2464	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
2465	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
2466	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2467	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
2468	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
2469	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
2470	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strz.	05909990064748
2471	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052
2472	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076
2473	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957
2474	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137
2475	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489
2476	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571
2477	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533
2478	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024
2479	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000
2480	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048
2481	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031
2482	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017
2483	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709
2484	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730
2485	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754
2486	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761
2487	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713
2488	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213
2489	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312
2490	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
2491	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
2492	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
2493	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
2494	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
2495	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
2496	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
2497	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
2498	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
2499	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713
2500	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720
2501	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768
2502	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2503	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801
2504	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
2505	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003
2506	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034
2507	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429
2508	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
2509	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
2510	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
2511	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
2512	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
2513	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095
2514	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
2515	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
2516	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
2517	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
2518	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
2519	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
2520	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
2521	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
2522	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
2523	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
2524	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
2525	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
2526	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
2527	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
2528	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
2529	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
2530	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
2531	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
2532	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
2533	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
2534	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
2535	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580
2536	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
2537	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
2538	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
2539	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2540	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
2541	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
2542	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
2543	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
2544	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
2545	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
2546	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
2547	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
2548	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104
2549	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111
2550	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
2551	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511
2552	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839
2553	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846
2554	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822
2555	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991267131
2556	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016
2557	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
2558	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245
2559	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821
2560	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713
2561	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990073610
2562	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719
2563	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214
2564	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486
2565	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990649594
2566	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990649617
2567	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990649556
2568	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990649570
2569	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495
2570	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464
2571	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488
2572	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471
2573	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990715169
2574	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt.	05909990715084
2575	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990715145
2576	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2577	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118
2578	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814
2579	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913
2580	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496
2581	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990671502
2582	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472
2583	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990671489
2584	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612
2585	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629
2586	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636
2587	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711
2588	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728
2589	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735
2590	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810
2591	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827
2592	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834
2593	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
2594	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
2595	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
2596	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300
2597	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819
2598	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
2599	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
2600	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213
2601	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220
2602	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237
2603	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312
2604	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329
2605	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336
2606	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691
2607	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707
2608	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411
2609	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428
2610	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435
2611	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303
2612	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334
2613	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2614	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616
2615	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913
2616	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920
2617	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814
2618	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821
2619	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167
2620	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923
2621	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595
2622	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930
2623	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
2624	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
2625	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
2626	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294
2627	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287
2628	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300
2629	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076
2630	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060
2631	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077
2632	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
2633	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
2634	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
2635	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
2636	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230
2637	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247
2638	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254
2639	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488
2640	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
2641	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
2642	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
2643	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
2644	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
2645	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
2646	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619
2647	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
2648	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
2649	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
2650	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2651	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
2652	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106
2653	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
2654	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
2655	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
2656	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
2657	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
2658	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
2659	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446
2660	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524
2661	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623
2662	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352
2663	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381
2664	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991345815
2665	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991345785
2666	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763
2667	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695
2668	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877
2669	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594
2670	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990929214
2671	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067
2672	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081
2673	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159
2674	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961
2675	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985
2676	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065
2677	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877
2678	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969
2679	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983
2680	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990
2681	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147
2682	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991460914
2683	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	30 szt.	05909991483036
2684	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945
2685	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853
2686	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2687	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608
2688	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455
2689	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
2690	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
2691	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480
2692	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459
2693	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
2694	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
2695	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
2696	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
2697	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
2698	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
2699	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
2700	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
2701	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879
2702	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650
2703	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636
2704	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643
2705	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
2706	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
2707	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374
2708	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299
2709	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350
2710	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
2711	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498
2712	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
2713	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
2714	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
2715	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
2716	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
2717	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
2718	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
2719	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
2720	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
2721	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
2722	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
2723	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2724	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
2725	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
2726	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
2727	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
2728	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
2729	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
2730	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
2731	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
2732	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
2733	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
2734	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
2735	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
2736	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
2737	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
2738	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
2739	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
2740	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419
2741	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211
2742	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310
2743	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712
2744	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818
2745	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177
2746	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536
2747	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
2748	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382
2749	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871
2750	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061
2751	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228
2752	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212
2753	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229
2754	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729
2755	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990126828

D 2. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990109920
4	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590
6	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675
7	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736
8	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt.	05909990840229
14	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156
15	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112
16	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673
17	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
19	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
20	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
22	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
23	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272
24	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319
25	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
28	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
29	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
30	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317
31	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416
32	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813
33	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327
34	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
35	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693
38	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754
39	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709
40	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730
41	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747
42	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392
43	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163
44	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388
45	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994
46	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755
47	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731
48	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786
49	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762
50	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021
51	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462
52	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925
53	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711
54	Agomelatinum	Agolek, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991388768
55	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05901720140494
56	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	09008732009293
57	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05995327174952
58	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	56 szt.	05995327174969
59	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	03838989699352
60	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fiol.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118
61	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576
62	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945
63	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714
64	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (blister)	05909990837816
65	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
66	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
67	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529
68	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505
69	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604
70	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
71	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616
72	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654
73	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212
74	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819
75	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912
76	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
77	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
78	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818
79	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876
80	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883
81	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906
82	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972
83	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880
84	Amisulpridum	Amisan, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990762996
85	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965
86	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649
87	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557
88	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207
89	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214
90	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915
91	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011
92	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991452261
93	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991471248
94	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991520250
95	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816
96	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991466114
97	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773
98	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803
99	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
100	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
101	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
102	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
103	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
104	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
105	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
106	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
107	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
108	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
109	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
110	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
111	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
112	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
113	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698
114	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476
115	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
116	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
117	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
118	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449
119	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
120	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
121	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
122	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
123	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
124	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
125	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
126	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
127	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
128	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
129	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
130	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
131	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
132	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920
133	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838
134	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746
135	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288
136	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384
137	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257
138	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377
139	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226
140	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360
141	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339
142	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347
143	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330
144	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 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**
145	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634
146	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627
147	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
148	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
149	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
150	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
151	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629
152	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
153	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
154	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
155	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
156	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
157	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
158	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
159	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139
160	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117
161	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619
162	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041
163	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874
164	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361
165	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322
166	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941
167	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934
168	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747
169	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906
170	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819
171	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826
172	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833
173	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912
174	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115
175	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960
176	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319
177	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324
178	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108
179	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991284220
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237
182	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909990614318
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
214	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759
215	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802432
216	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082162

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
217	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991529468
218	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991457808
219	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990756711
220	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991090029
221	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082148
222	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991464288
223	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040
224	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991019396
225	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576
226	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547
227	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818
228	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715
229	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573
230	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306
231	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535
232	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528
233	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888
234	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895
235	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337
236	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382
237	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691
238	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730
239	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747
240	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068
241	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754
242	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761
243	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075
244	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082
245	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020
246	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648
247	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655
248	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037
249	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662
250	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679
251	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044
252	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475
253	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
254	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
255	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
256	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
257	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526
258	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
259	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832
260	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
261	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
262	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
263	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
264	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
265	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241
266	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850
267	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690
268	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713
269	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836
270	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850
271	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659
272	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666
273	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673
274	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680
275	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635
276	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642
277	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225
278	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256
279	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531
280	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555
281	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324
282	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355
283	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423
284	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034
285	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
286	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696
287	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908
288	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953
289	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946
290	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
291	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586
292	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609
293	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647
294	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647
295	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815
296	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173
297	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914
298	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806
299	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282
300	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299
301	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464
302	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488
303	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471
304	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336
305	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374
306	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926
307	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995
308	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991321710
309	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611
310	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659
311	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382896
312	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991382902
313	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919
314	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991382926
315	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933
316	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940
317	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053
318	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920
319	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951
320	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975
321	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275
322	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990900336
323	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990900305
324	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459
325	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991501655
326	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991501662
327	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991444686

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
328	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991444730
329	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	08595566453541
330	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991444747
331	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991444792
332	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	08595566453589
333	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991444853
334	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847
335	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939
336	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028
337	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298
338	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400
339	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530
340	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547
341	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992
342	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618
343	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137
344	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359
345	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717
346	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144
347	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366
348	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816
349	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151
350	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373
351	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383
352	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508
353	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990905553
354	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990905539
355	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638
356	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990905652
357	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990905676
358	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990905782
359	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990905867
360	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990905805
361	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097
362	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103
363	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991415976
364	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
365	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991419042
366	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141
367	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990338290
368	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990338368
369	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990338436
370	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990338443
371	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990957071
372	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161
373	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990810178
374	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990810185
375	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208
376	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814
377	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821
378	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838
379	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913
380	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920
381	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937
382	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909991403935
383	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991403911
384	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991403997
385	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112
386	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
387	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
388	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810
389	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816
390	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412
391	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518
392	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990969876
393	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909990573738
394	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997214023
395	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997223537
396	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990573752
397	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030
398	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997223551
399	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320
400	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337
401	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
402	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682
403	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991087319
404	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566
405	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573
406	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421
407	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520
408	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608
409	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219
410	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226
411	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318
412	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110
413	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt.	05909990846214
414	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417
415	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747
416	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156
417	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505
418	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
419	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
420	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
421	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
422	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
423	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990118915
424	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990119011
425	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990118816
426	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216
427	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988
428	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995
429	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625
430	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682
431	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990186518
432	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	05909990186525
433	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
434	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
435	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
436	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
437	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
438	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
439	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776
440	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
441	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
442	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
443	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
444	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
445	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216
446	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219
447	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529
448	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420
449	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049
450	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056
451	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070
452	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063
453	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
454	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
455	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
456	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
457	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852
458	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990633869
459	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791
460	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990633807
461	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501
462	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600
463	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523
464	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554
465	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448
466	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400
467	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024
468	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
469	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
470	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483
471	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490
472	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641
473	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
474	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
475	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
476	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
477	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588
478	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234
479	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333
480	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
481	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
482	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
483	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
484	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
485	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
486	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
487	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
488	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
489	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
490	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082
491	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
492	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986
493	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
494	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
495	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
496	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
497	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966
498	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314
499	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439
500	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
501	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
502	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
503	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332
504	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
505	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
506	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
507	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
508	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
509	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
510	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
511	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
512	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
513	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
514	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
515	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
516	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
517	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
518	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
519	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
520	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
521	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
522	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
523	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
524	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
525	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
526	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
527	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
528	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056
529	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087
530	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131
531	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127
532	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226
533	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325
534	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
535	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450
536	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538
537	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
538	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919
539	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249
540	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256
541	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738
542	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376
543	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383
544	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080
545	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097
546	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599
547	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999
548	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
549	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816
550	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823
551	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991096106
552	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398
553	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602
554	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655
555	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
556	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
557	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
558	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
559	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057
560	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064
561	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
562	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
563	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456
564	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463
565	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264
566	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876
567	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
568	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
569	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
570	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
571	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
572	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
573	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
574	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
575	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
576	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680
577	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697
578	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
579	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
580	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
581	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666
582	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673
583	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
584	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
585	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
586	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732
587	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510
588	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171
589	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140
590	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119
591	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089
592	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058
593	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027
594	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990
595	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969
596	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832
597	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076
598	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764
599	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014
600	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391
601	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445
602	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255
603	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279
604	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170
605	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194
606	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667
607	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011
608	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112
609	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977
610	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908
611	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
612	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
613	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
614	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209
615	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230
616	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179
617	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629
618	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702
619	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051
620	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360
621	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907
622	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
623	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 szt.	05909991058609
624	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185
625	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222
626	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260
627	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147
628	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178
629	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840
630	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130
631	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833
632	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
633	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
634	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
635	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
636	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
637	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
638	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
639	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
640	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
641	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
642	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
643	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056
644	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155
645	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909991337230
646	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
647	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
648	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
649	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
650	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
651	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
652	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
653	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
654	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
655	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
656	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
657	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
658	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
659	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
660	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
661	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
662	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315
663	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909
664	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930
665	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862
666	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879
667	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886
668	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893
669	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514
670	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613
671	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620
672	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712
673	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411
674	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428
675	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527
676	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510
677	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910
678	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927
679	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
680	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
681	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
682	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
683	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840
684	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857
685	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697
686	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703
687	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145
688	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152
689	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183
690	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190
691	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991312831
692	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991312855
693	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212
694	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229
695	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113
696	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
697	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331
698	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355
699	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362
700	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416
701	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409
702	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386
703	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991231194
704	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991231217
705	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951
706	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753
707	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456
708	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760
709	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991265328
710	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383
711	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946
712	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390
713	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953
714	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991471620
715	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991471637
716	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991526115
717	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991526108
718	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335
719	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342
720	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812
721	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213
722	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312
723	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411
724	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077
725	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118
726	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435
727	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575
728	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212
729	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203
730	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093
731	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932
732	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949
733	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
734	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991458997
735	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909991459062
736	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909991459093
737	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991458966
738	Cenobamate	Ontozry, tabl; tabl. powl., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powl. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161
739	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729
740	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736
741	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793
742	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
743	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
744	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119
745	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441
746	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250
747	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725
748	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736
749	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672
750	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991457020
751	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515
752	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990184637
753	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618
754	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582
755	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409
756	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416
757	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017
758	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116
759	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
760	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
761	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463
762	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289
763	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357
764	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624
765	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426
766	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525
767	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716
768	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679
769	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424
770	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
771	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111
772	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814
773	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616
774	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715
775	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913
776	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990678648
777	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909990678655
778	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990678679
779	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667
780	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780
781	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803
782	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612
783	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990499113
784	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414
785	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216
786	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514
787	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964
788	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990729012
789	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991033514
790	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991033613
791	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626
792	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990781010
793	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546
794	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453
795	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446
796	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477
797	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491
798	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165
799	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990045532
800	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990045549
801	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710
802	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727
803	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624
804	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631
805	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990331819
806	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990331826
807	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990719419

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
808	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117
809	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416
810	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt.	05909991001438
811	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991001520
812	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt.	05909991001544
813	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537
814	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207
815	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210
816	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435
817	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111
818	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397
819	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510
820	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928
821	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800
822	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997196497
823	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
824	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916
825	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012
826	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
827	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
828	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012
829	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990754748
830	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991251949
831	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991397005
832	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991448318
833	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011
834	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990625826
835	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991492205
836	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990768141
837	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991029388
838	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990727667
839	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990793730
840	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729
841	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991109219
842	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05901878600475
843	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05903792743382
844	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
845	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705
846	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736
847	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606
848	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521
849	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422
850	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443
851	Clozapinum	Symcloza, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991373467
852	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382
853	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
854	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
855	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412
856	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077
857	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
858	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814
859	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476
860	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483
861	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108
862	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783
863	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844
864	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	03838989761806
865	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	03838989761851
866	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770
867	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909991507787
868	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260
869	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453
870	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252
871	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283
872	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306
873	Danazolum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339
874	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990975884
875	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869
876	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852
877	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647
878	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852
879	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838
880	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364
881	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
882	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678
883	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
884	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611
885	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991359478
886	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	08901175035427
887	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991359454
888	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921
889	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981
890	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669
891	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458
892	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359
893	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373
894	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533
895	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540
896	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991480172
897	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991480189
898	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991499785
899	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991499792
900	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548
901	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579
902	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494
903	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178
904	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208
905	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763
906	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729
907	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480
908	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879
909	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633
910	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603
911	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
912	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
913	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
914	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
915	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
916	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
917	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
918	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	05909990145317

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
919	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120
920	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137
921	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	5 amp.po 3 ml	05909990753017
922	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	10 amp.po 3 ml	05909990753024
923	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml (but.)	05909990074044
924	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010
925	Diclofenacum natricum	Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909991026516
926	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614
927	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910
928	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122
929	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119
930	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045
931	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069
932	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt.	05909990482917
933	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 szt.	05909990483310
934	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909990213214
935	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
936	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
937	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
938	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413
939	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420
940	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380
941	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314
942	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990689873
943	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991464141
944	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990689781
945	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492
946	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991056018
947	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991055912
948	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990814138
949	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990814077
950	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990657360
951	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990657353
952	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991403560
953	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991398842
954	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940
955	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
956	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204
957	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075
958	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990993314
959	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990993215
960	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313
961	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306
962	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
963	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015
964	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
965	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962
966	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
967	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936
968	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943
969	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
970	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
971	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
972	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
973	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
974	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144
975	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
976	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955
977	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049
978	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056
979	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
980	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
981	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890
982	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255
983	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293
984	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
985	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
986	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
987	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
988	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
989	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
990	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
991	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
992	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
993	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
994	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
995	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
996	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
997	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
998	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
999	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797
1000	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
1001	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
1002	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
1003	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
1004	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
1005	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
1006	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
1007	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
1008	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
1009	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
1010	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
1011	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
1012	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
1013	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
1014	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980
1015	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997
1016	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
1017	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
1018	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
1019	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
1020	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776
1021	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813
1022	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296
1023	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210
1024	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644
1025	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668
1026	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040
1027	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636
1028	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064
1029	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1030	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239
1031	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253
1032	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277
1033	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321
1034	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345
1035	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745
1036	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752
1037	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369
1038	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172
1039	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219
1040	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699
1041	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688
1042	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664
1043	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651
1044	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540
1045	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618
1046	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885
1047	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946
1048	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696
1049	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991456351
1050	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495
1051	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	90 szt.	05909991460501
1052	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746
1053	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715
1054	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991138509
1055	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
1056	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
1057	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
1058	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
1059	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
1060	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
1061	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
1062	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
1063	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
1064	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
1065	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
1066	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1067	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
1068	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
1069	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
1070	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
1071	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
1072	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
1073	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
1074	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
1075	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579
1076	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517
1077	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497
1078	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975
1079	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160
1080	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534
1081	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999
1082	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191
1083	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332
1084	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755
1085	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363
1086	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762
1087	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (blister)	05909990876280
1088	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327
1089	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548
1090	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (blister)	05909990876778
1091	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808
1092	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555
1093	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275
1094	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282
1095	Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetas	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt.	05909990661411
1096	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219
1097	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 sasz.	05909990447619
1098	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718
1099	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990823215
1100	Estradiolum	Estrofem, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990330713
1101	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559
1102	Estradiolum	Systen 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214
1103	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1104	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316
1105	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717
1106	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717
1107	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry Systen 50 + 4 plastry Systen Conti)	05909990444816
1108	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210
1109	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
1110	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911
1111	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654
1112	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt.	05909990211357
1113	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,75 mg	60 szt.	05909990211845
1114	Exemestanum	Glandex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990812202
1115	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489
1116	Ezetimibum	Esetin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991388669
1117	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310
1118	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303
1119	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
1120	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229
1121	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450
1122	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407
1123	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909990996902
1124	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601
1125	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564
1126	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
1127	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557
1128	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564
1129	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571
1130	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828
1131	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835
1132	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562
1133	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990761548
1134	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607
1135	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391522
1136	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391942
1137	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391874
1138	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145
1139	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	03838989705152
1140	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1141	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819
1142	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974
1143	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065
1144	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
1145	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
1146	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
1147	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
1148	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339
1149	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500
1150	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609
1151	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173
1152	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807
1153	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708
1154	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
1155	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947
1156	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817
1157	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909990903917
1158	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909990431342
1159	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
1160	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
1161	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
1162	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965
1163	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989
1164	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009
1165	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713
1166	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416
1167	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515
1168	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614
1169	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011
1170	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035
1171	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059
1172	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098
1173	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853
1174	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822
1175	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050
1176	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839
1177	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1178	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846
1179	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193
1180	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209
1181	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131
1182	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330
1183	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163
1184	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279
1185	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385
1186	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224
1187	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503
1188	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527
1189	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541
1190	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558
1191	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396
1192	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402
1193	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419
1194	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426
1195	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647
1196	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685
1197	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739
1198	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777
1199	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593
1200	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821
1201	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846
1202	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860
1203	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068
1204	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853
1205	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877
1206	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075
1207	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787
1208	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848
1209	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987
1210	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949
1211	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055470
1212	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990906154
1213	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990067770
1214	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990048670

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1215	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797
1216	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990713127
1217	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990713141
1218	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991282288
1219	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391
1220	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991507879
1221	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218
1222	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990811045
1223	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311
1224	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096571
1225	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991096601
1226	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017973
1227	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990050895
1228	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017997
1229	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990077267
1230	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990077274
1231	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110
1232	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990074105
1233	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991107871
1234	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991088842
1235	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991053710
1236	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
1237	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
1238	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
1239	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
1240	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
1241	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
1242	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
1243	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219
1244	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871
1245	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932
1246	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151
1247	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679
1248	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617
1249	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457
1250	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488
1251	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1252	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
1253	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
1254	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
1255	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
1256	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
1257	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
1258	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
1259	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
1260	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
1261	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452
1262	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506
1263	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445
1264	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732
1265	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756
1266	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995
1267	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008
1268	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909990869763
1269	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022
1270	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770
1271	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039
1272	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270
1273	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287
1274	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294
1275	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263
1276	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533
1277	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611
1278	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914
1279	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512
1280	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
1281	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
1282	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
1283	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
1284	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
1285	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621
1286	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
1287	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311
1288	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1289	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214
1290	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258
1291	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296
1292	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612
1293	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629
1294	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217
1295	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635
1296	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371
1297	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720
1298	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839
1299	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
1300	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
1301	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
1302	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
1303	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
1304	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
1305	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
1306	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
1307	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
1308	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
1309	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
1310	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
1311	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
1312	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
1313	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
1314	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
1315	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
1316	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
1317	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
1318	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
1319	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
1320	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
1321	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
1322	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
1323	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
1324	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
1325	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1326	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
1327	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
1328	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
1329	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
1330	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
1331	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
1332	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
1333	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
1334	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
1335	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
1336	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
1337	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
1338	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
1339	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
1340	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
1341	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
1342	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
1343	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
1344	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
1345	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
1346	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
1347	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
1348	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
1349	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
1350	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
1351	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
1352	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
1353	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827
1354	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728
1355	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
1356	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
1357	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
1358	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
1359	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
1360	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
1361	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
1362	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1363	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
1364	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
1365	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
1366	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
1367	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
1368	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inh., zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. a 120 daw.	05000456071505
1369	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
1370	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
1371	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
1372	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
1373	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
1374	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588
1375	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
1376	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
1377	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
1378	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
1379	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
1380	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
1381	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
1382	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
1383	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
1384	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542
1385	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658
1386	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216
1387	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
1388	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
1389	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422
1390	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521
1391	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413
1392	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155
1393	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162
1394	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912
1395	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023
1396	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017
1397	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127
1398	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224
1399	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1400	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100
1401	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131
1402	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230
1403	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	08595566455019
1404	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305
1405	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299
1406	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648
1407	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392
1408	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408
1409	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817
1410	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916
1411	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012
1412	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111
1413	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082
1414	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105
1415	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
1416	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516
1417	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
1418	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
1419	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453
1420	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521
1421	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078
1422	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146
1423	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207
1424	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348
1425	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355
1426	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362
1427	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196
1428	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379
1429	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712
1430	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
1431	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	05909990156825
1432	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
1433	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882
1434	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210
1435	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197
1436	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1437	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564
1438	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212
1439	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315
1440	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
1441	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
1442	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
1443	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
1444	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
1445	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
1446	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
1447	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758
1448	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927
1449	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
1450	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635
1451	Icatibantum	Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05055565774410
1452	Icatibantum	Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991485870
1453	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712
1454	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461
1455	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921
1456	Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg	30 szt. (30 x 1)	07613421044596
1457	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531
1458	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548
1459	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524
1460	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
1461	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
1462	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398
1463	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
1464	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
1465	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
1466	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014
1467	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401
1468	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182
1469	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801
1470	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849
1471	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993
1472	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1473	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053
1474	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639
1475	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
1476	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
1477	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
1478	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
1479	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
1480	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
1481	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
1482	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
1483	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
1484	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
1485	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
1486	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkladów po 3 ml	05909990895717
1487	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
1488	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
1489	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948
1490	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924
1491	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
1492	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
1493	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
1494	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
1495	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
1496	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
1497	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
1498	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
1499	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
1500	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
1501	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
1502	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
1503	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
1504	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
1505	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
1506	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
1507	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1508	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
1509	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
1510	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
1511	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
1512	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
1513	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
1514	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
1515	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
1516	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
1517	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
1518	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
1519	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
1520	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
1521	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
1522	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
1523	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
1524	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
1525	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
1526	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
1527	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
1528	Isosorbidi mononitras	Mononit 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990010516
1529	Isosorbidi mononitras	Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909991011727
1530	Isosorbidi mononitras	Mononit 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990010622
1531	Isosorbidi mononitras	Mononit 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010714
1532	Isosorbidi mononitras	Mononit 60 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991011529
1533	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255
1534	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262
1535	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317
1536	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331
1537	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826
1538	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819
1539	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991427764
1540	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991452278
1541	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991465377
1542	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511
1543	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285
1544	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1545	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991286613
1546	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927
1547	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991264710
1548	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05901878600772
1549	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734
1550	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789
1551	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991348762
1552	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991322779
1553	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786
1554	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991398606
1555	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991398620
1556	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991298586
1557	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654
1558	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991329822
1559	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991329785
1560	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891
1561	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853
1562	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991307349
1563	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370
1564	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539
1565	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
1566	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
1567	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112
1568	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317
1569	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
1570	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
1571	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694
1572	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485
1573	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553
1574	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514
1575	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990760718
1576	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593
1577	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990650521
1578	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909990650620
1579	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909990625697
1580	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991105563
1581	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991105549

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1582	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907
1583	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205
1584	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938
1585	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212
1586	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969
1587	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229
1588	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551
1589	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582
1590	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612
1591	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506
1592	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331
1593	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743348
1594	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743355
1595	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324
1596	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540
1597	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557
1598	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564
1599	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533
1600	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358
1601	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991358365
1602	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991358372
1603	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991358341
1604	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	05909991384234
1605	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	05909991384241
1606	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	05909991384258
1607	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	05909991384197
1608	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505
1609	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
1610	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
1611	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
1612	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
1613	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
1614	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
1615	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
1616	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
1617	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
1618	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1619	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
1620	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
1621	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
1622	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
1623	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
1624	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614
1625	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515
1626	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817
1627	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032
1628	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045
1629	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076
1630	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
1631	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
1632	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582
1633	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
1634	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
1635	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
1636	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
1637	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
1638	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
1639	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
1640	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524
1641	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531
1642	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825
1643	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818
1644	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555
1645	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365
1646	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396
1647	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311
1648	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
1649	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
1650	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
1651	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
1652	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
1653	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
1654	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
1655	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1656	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609
1657	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
1658	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
1659	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826
1660	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925
1661	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482
1662	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399
1663	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138
1664	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145
1665	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05995327191980
1666	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05995327192031
1667	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05995327192079
1668	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604
1669	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388
1670	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628
1671	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991510466
1672	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651
1673	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718
1674	Letrozolum	Clarzole, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923
1675	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201
1676	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256
1677	Letrozolum	Lametta, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111
1678	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145
1679	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powl., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138
1680	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683
1681	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751
1682	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057
1683	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 3,6 mg	1 implant	05909990836246
1684	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 5 mg	1 implant	05909990836277
1685	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11,25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582
1686	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
1687	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
1688	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
1689	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
1690	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
1691	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
1692	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1693	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379
1694	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
1695	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
1696	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
1697	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492
1698	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577
1699	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591
1700	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652
1701	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
1702	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
1703	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
1704	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957
1705	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060
1706	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183
1707	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
1708	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
1709	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
1710	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986
1711	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037
1712	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856
1713	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894
1714	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
1715	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
1716	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135
1717	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180
1718	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203
1719	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258
1720	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272
1721	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
1722	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
1723	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497
1724	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602
1725	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640
1726	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886
1727	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
1728	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
1729	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1730	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872
1731	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889
1732	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926
1733	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
1734	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
1735	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
1736	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956
1737	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052
1738	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151
1739	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014
1740	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	08595566452292
1741	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929
1742	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943
1743	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936
1744	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991192600
1745	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186
1746	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475
1747	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
1748	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129
1749	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726
1750	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733
1751	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
1752	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133
1753	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140
1754	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807
1755	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991060589
1756	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627
1757	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105
1758	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781720
1759	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034
1760	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267
1761	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018
1762	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723
1763	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117
1764	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912
1765	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624
1766	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1767	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216
1768	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282
1769	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206
1770	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237
1771	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145
1772	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314
1773	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215
1774	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912
1775	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
1776	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
1777	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
1778	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
1779	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
1780	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
1781	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
1782	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
1783	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
1784	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
1785	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
1786	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
1787	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
1788	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
1789	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
1790	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
1791	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
1792	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
1793	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
1794	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
1795	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
1796	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
1797	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
1798	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
1799	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
1800	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
1801	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
1802	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
1803	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1804	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
1805	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
1806	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
1807	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
1808	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
1809	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691
1810	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
1811	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
1812	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
1813	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
1814	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
1815	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
1816	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
1817	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
1818	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
1819	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122
1820	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023
1821	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927
1822	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803
1823	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685
1824	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520
1825	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
1826	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
1827	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
1828	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
1829	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
1830	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343
1831	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350
1832	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233
1833	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318
1834	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
1835	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
1836	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
1837	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
1838	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
1839	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
1840	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1841	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612
1842	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
1843	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659
1844	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914
1845	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112
1846	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129
1847	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991296940
1848	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654
1849	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905
1850	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345
1851	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118
1852	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853
1853	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785
1854	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723
1855	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747
1856	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761
1857	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655
1858	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679
1859	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693
1860	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513
1861	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392
1862	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339
1863	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360
1864	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565
1865	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484
1866	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980
1867	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894
1868	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641
1869	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
1870	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
1871	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670
1872	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762
1873	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878
1874	Mazipredonum + Miconazoli nitras	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812
1875	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615
1876	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963
1877	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1878	Medroxyprogesteroni acetas	Provera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990155514
1879	Medroxyprogesteroni acetas	Provera, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990236411
1880	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608
1881	Megestroli acetas	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627
1882	Megestroli acetas	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519
1883	Megestroli acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977
1884	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
1885	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883
1886	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006
1887	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
1888	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262
1889	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279
1890	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	20 szt.	05909990431168
1891	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990464418
1892	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990464425
1893	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990612406
1894	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990612420
1895	Meloxicamum	Remolexam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909991343354
1896	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514
1897	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
1898	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816
1899	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011
1900	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915
1901	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110
1902	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
1903	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1904	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
1905	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1906	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1907	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1908	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813
1909	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
1910	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184
1911	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989
1912	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1913	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
1914	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1915	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1916	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1917	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1918	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1919	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430
1920	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1921	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1922	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117
1923	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
1924	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1925	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1926	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1927	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1928	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1929	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
1930	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1931	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1932	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
1933	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
1934	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1935	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1936	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1937	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1938	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1939	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1940	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722
1941	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654
1942	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
1943	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	07613421049317
1944	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324
1945	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331
1946	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	07613421049256
1947	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263
1948	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270
1949	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	07613421049287
1950	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294
1951	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1952	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
1953	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1954	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1955	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1956	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1957	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1958	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1959	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1960	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1961	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1962	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1963	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248
1964	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990789276
1965	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990789290
1966	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
1967	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751
1968	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
1969	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1970	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
1971	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990789306
1972	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1973	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1974	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
1975	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1976	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1977	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1978	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1979	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1980	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1981	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
1982	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
1983	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1984	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
1985	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1986	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1987	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1988	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1989	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
1990	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1991	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1992	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1993	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110
1994	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
1995	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
1996	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984
1997	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991
1998	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1999	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
2000	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990457212
2001	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990457229
2002	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236
2003	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331
2004	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990457311
2005	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335
2006	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348
2007	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
2008	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
2009	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
2010	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
2011	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
2012	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
2013	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
2014	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763
2015	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
2016	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701
2017	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
2018	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749
2019	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558
2020	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
2021	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497
2022	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
2023	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510
2024	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
2025	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2026	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413
2027	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345
2028	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376
2029	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086
2030	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116
2031	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147
2032	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161
2033	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991488215
2034	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991488253
2035	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991488277
2036	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291
2037	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917
2038	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016
2039	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013
2040	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
2041	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
2042	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
2043	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
2044	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
2045	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
2046	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
2047	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
2048	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
2049	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
2050	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
2051	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
2052	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
2053	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
2054	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
2055	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
2056	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
2057	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867
2058	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
2059	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
2060	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
2061	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
2062	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2063	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
2064	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
2065	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
2066	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
2067	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
2068	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
2069	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
2070	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
2071	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
2072	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
2073	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
2074	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
2075	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
2076	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
2077	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
2078	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
2079	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
2080	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
2081	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
2082	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
2083	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
2084	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
2085	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
2086	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
2087	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607
2088	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570
2089	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051
2090	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068
2091	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082
2092	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099
2093	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112
2094	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129
2095	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143
2096	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150
2097	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174
2098	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181
2099	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2100	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242
2101	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297
2102	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303
2103	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020
2104	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037
2105	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
2106	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
2107	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
2108	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
2109	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220
2110	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
2111	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
2112	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
2113	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
2114	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
2115	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236718
2116	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
2117	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
2118	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
2119	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
2120	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962
2121	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
2122	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391
2123	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311
2124	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
2125	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618
2126	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625
2127	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813
2128	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242
2129	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525
2130	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716
2131	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822
2132	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312
2133	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419
2134	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990094813
2135	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990966813
2136	Moclobemidum	Moklar, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990953714

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2137	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366
2138	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
2139	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004
2140	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
2141	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
2142	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
2143	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
2144	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
2145	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275
2146	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695
2147	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688
2148	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
2149	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
2150	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
2151	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462
2152	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
2153	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
2154	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
2155	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
2156	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
2157	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243
2158	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
2159	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
2160	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991088255
2161	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858
2162	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235
2163	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
2164	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
2165	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266
2166	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481
2167	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013
2168	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991472023
2169	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991472030
2170	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
2171	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
2172	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
2173	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2174	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
2175	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
2176	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
2177	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
2178	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300
2179	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827
2180	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121
2181	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220
2182	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926
2183	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022
2184	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
2185	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
2186	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237
2187	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534
2188	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633
2189	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336
2190	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435
2191	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902
2192	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425
2193	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614
2194	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918
2195	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515
2196	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472
2197	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993
2198	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563
2199	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt. (blister)	05909990715268
2200	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185
2201	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208
2202	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419
2203	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426
2204	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
2205	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
2206	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
2207	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
2208	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
2209	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
2210	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powl., 200 µg	28 szt.	05060431940073

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2211	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
2212	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
2213	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404
2214	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435
2215	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442
2216	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
2217	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
2218	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
2219	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
2220	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099
2221	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143
2222	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
2223	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
2224	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990466818
2225	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438
2226	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536
2227	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515
2228	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543
2229	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782
2230	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799
2231	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805
2232	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836
2233	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt.	05909990082599
2234	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371
2235	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364
2236	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166
2237	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912
2238	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418
2239	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552
2240	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290
2241	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425
2242	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456
2243	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495
2244	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
2245	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
2246	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189
2247	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2248	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
2249	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185
2250	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719
2251	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865
2252	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300
2253	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597
2254	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047
2255	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172
2256	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997
2257	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000
2258	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
2259	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320
2260	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337
2261	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338
2262	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694778
2263	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694785
2264	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694754
2265	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694761
2266	Norethisteroni acetas + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794
2267	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711
2268	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612
2269	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513
2270	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913
2271	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715
2272	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt.	05909990111213
2273	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781
2274	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743
2275	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799
2276	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843
2277	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881
2278	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751
2279	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106
2280	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343
2281	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991461294
2282	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300
2283	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592
2284	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2285	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076
2286	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666
2287	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649
2288	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526
2289	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475
2290	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499
2291	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512
2292	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451
2293	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
2294	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
2295	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793365
2296	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593
2297	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990793341
2298	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586
2299	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389
2300	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616
2301	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402
2302	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609
2303	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956
2304	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021
2305	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901
2306	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467
2307	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481
2308	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498
2309	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443
2310	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870
2311	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05901878600451
2312	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052
2313	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901
2314	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895
2315	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218
2316	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126
2317	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260
2318	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539
2319	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186
2320	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253
2321	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2322	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239
2323	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805
2324	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782
2325	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367
2326	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990335374
2327	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000
2328	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990422241
2329	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990422258
2330	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910
2331	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05909991144265
2332	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343
2333	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990335350
2334	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942
2335	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990422265
2336	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990422272
2337	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927
2338	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991144258
2339	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
2340	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911
2341	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812
2342	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
2343	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
2344	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
2345	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
2346	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
2347	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
2348	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
2349	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
2350	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
2351	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123
2352	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061
2353	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570
2354	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
2355	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078
2356	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826
2357	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
2358	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2359	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
2360	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013
2361	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184
2362	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610
2363	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744
2364	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737
2365	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768
2366	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751
2367	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917
2368	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177
2369	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603
2370	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
2371	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
2372	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
2373	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
2374	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
2375	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
2376	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
2377	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
2378	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
2379	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
2380	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
2381	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
2382	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
2383	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
2384	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
2385	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
2386	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
2387	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
2388	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
2389	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
2390	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011
2391	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709
2392	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581
2393	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716
2394	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635
2395	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2396	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816
2397	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693
2398	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647
2399	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661
2400	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630
2401	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439
2402	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034
2403	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425
2404	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779
2405	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809
2406	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225
2407	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537
2408	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544
2409	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663
2410	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612
2411	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629
2412	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654
2413	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324
2414	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695
2415	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442
2416	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779
2417	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731
2418	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667
2419	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933
2420	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753
2421	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739
2422	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298
2423	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359
2424	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990796533
2425	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510
2426	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044
2427	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150
2428	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717
2429	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016
2430	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811
2431	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910
2432	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2433	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
2434	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
2435	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
2436	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
2437	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615
2438	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714
2439	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
2440	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
2441	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
2442	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
2443	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
2444	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
2445	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
2446	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
2447	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
2448	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
2449	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
2450	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
2451	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
2452	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
2453	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827
2454	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865
2455	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902
2456	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742
2457	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940
2458	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425
2459	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432
2460	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449
2461	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418
2462	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677
2463	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783
2464	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899
2465	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561
2466	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366
2467	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472
2468	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595
2469	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2470	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164
2471	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
2472	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
2473	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814
2474	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418
2475	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt.	05909991246525
2476	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991246532
2477	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767
2478	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774
2479	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842
2480	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859
2481	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399
2482	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337
2483	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033
2484	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643
2485	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640
2486	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732
2487	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003
2488	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041
2489	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089
2490	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126
2491	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974
2492	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967
2493	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789
2494	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796
2495	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521
2496	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552
2497	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761
2498	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371
2499	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853
2500	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418
2501	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897
2502	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941
2503	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184
2504	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320
2505	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974
2506	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2507	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209
2508	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907
2509	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188
2510	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759
2511	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631
2512	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927
2513	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934
2514	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334
2515	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372
2516	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681
2517	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100
2518	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179
2519	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109
2520	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877
2521	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884
2522	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	05909991323615
2523	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05909991323646
2524	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346
2525	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05909990798360
2526	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189
2527	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202
2528	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310
2529	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515
2530	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217
2531	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
2532	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
2533	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
2534	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
2535	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
2536	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
2537	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
2538	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141
2539	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715
2540	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685
2541	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678
2542	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647
2543	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2544	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290
2545	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344
2546	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311
2547	Perindoprilum arginínum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081
2548	Perindoprilum arginínum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774
2549	Perindoprilum arginínum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554
2550	Perindoprilum arginínum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547
2551	Perindoprilum arginínum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523
2552	Perindoprilum arginínum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400
2553	Perindoprilum arginínum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332
2554	Perindoprilum arginínum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387
2555	Perindoprilum arginínum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301
2556	Perindoprilum arginínum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782
2557	Perindoprilum arginínum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029
2558	Perindoprilum arginínum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206
2559	Perindoprilum arginínum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678
2560	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
2561	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
2562	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029
2563	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223
2564	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923
2565	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212
2566	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205
2567	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
2568	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
2569	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524
2570	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320
2571	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310
2572	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152
2573	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743
2574	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562
2575	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059
2576	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773
2577	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582
2578	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629
2579	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667
2580	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2581	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
2582	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
2583	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
2584	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
2585	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
2586	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
2587	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
2588	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367
2589	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
2590	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
2591	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299
2592	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
2593	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
2594	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
2595	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
2596	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
2597	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
2598	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
2599	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
2600	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
2601	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
2602	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
2603	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
2604	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
2605	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
2606	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
2607	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
2608	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
2609	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
2610	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123
2611	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909991033507
2612	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	05909991033590
2613	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
2614	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
2615	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
2616	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
2617	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg	60 tabl.	05909990910762

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2618	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg	60 tabl.	05909990910779
2619	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	05909990897780
2620	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319
2621	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371
2622	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432
2623	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853
2624	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163
2625	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389
2626	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309
2627	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990806362
2628	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990806386
2629	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990806355
2630	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990722365
2631	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990722426
2632	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990722327
2633	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990055562
2634	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990055593
2635	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990055531
2636	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990055630
2637	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420
2638	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468
2639	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505
2640	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543
2641	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383
2642	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990058778
2643	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785
2644	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233
2645	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990058754
2646	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761
2647	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196
2648	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808
2649	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062
2650	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857
2651	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888
2652	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840
2653	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901
2654	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2655	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020
2656	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758
2657	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143
2658	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235
2659	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068
2660	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280
2661	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591
2662	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676
2663	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737
2664	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922
2665	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367
2666	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894
2667	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373
2668	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403
2669	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441
2670	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990965335
2671	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234
2672	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272
2673	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296
2674	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241
2675	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265
2676	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991498870
2677	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909991498887
2678	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991498856
2679	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590
2680	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651
2681	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583
2682	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675
2683	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393
2684	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461
2685	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492
2686	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991087180
2687	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991087258
2688	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991087005
2689	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710
2690	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516
2691	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2692	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882
2693	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417
2694	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
2695	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
2696	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
2697	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
2698	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
2699	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
2700	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
2701	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
2702	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
2703	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
2704	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
2705	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
2706	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
2707	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
2708	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016
2709	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910
2710	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
2711	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
2712	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
2713	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
2714	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787
2715	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903
2716	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
2717	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
2718	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
2719	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
2720	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
2721	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
2722	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
2723	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
2724	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334
2725	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
2726	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303
2727	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
2728	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2729	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
2730	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
2731	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
2732	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
2733	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
2734	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
2735	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
2736	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100
2737	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
2738	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
2739	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
2740	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
2741	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523
2742	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
2743	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
2744	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
2745	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
2746	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
2747	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
2748	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
2749	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
2750	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
2751	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
2752	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
2753	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
2754	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885
2755	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854
2756	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809
2757	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779
2758	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759
2759	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
2760	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
2761	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
2762	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
2763	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
2764	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
2765	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2766	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
2767	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
2768	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
2769	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
2770	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520
2771	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513
2772	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506
2773	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490
2774	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118
2775	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217
2776	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233
2777	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226
2778	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312
2779	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411
2780	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
2781	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
2782	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
2783	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
2784	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990928156
2785	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138
2786	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258
2787	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265
2788	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272
2789	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289
2790	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296
2791	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990044481
2792	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990044344
2793	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990044252
2794	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990044146
2795	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990336524
2796	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990336548
2797	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990336487
2798	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990336500
2799	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990336555
2800	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990336579
2801	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990336586
2802	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990336609

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2803	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828
2804	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990670413
2805	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990670512
2806	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990670611
2807	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990670710
2808	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990567683
2809	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990567737
2810	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990567935
2811	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990568031
2812	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932
2813	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849
2814	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994
2815	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863
2816	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05907594033344
2817	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05907594033399
2818	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05907594033412
2819	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05907594033443
2820	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05903060626812
2821	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05903060626829
2822	Rivaroxabanum	Rixacam, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05900411011570
2823	Rivaroxabanum	Rixacam, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05900411011549
2824	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991355258
2825	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991355470
2826	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991355593
2827	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909991492342
2828	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991492311
2829	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991492465
2830	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 10 mg	15 szt.	05909991435509
2831	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991435561
2832	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991435646
2833	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909990658145
2834	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909990910601
2835	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909990910663
2836	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909990910700
2837	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508
2838	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546
2839	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2840	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415
2841	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762
2842	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117
2843	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386
2844	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454
2845	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 sasz.	05909991032609
2846	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 sasz.	05909990066704
2847	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 sasz.	05909990066766
2848	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646
2849	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684
2850	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707
2851	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738
2852	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752
2853	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790
2854	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844
2855	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660
2856	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691
2857	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721
2858	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745
2859	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769
2860	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806
2861	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851
2862	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048
2863	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055
2864	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079
2865	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086
2866	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147
2867	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154
2868	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178
2869	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185
2870	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981
2871	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162
2872	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179
2873	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308
2874	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322
2875	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506
2876	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2877	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935
2878	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942
2879	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973
2880	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000
2881	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683
2882	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000
2883	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086
2884	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607
2885	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683
2886	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775
2887	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586
2888	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982
2889	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156
2890	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954
2891	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985
2892	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074
2893	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227
2894	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333
2895	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294
2896	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355
2897	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393
2898	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085
2899	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092
2900	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108
2901	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198
2902	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204
2903	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242
2904	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582
2905	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803
2906	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971
2907	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685
2908	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890
2909	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586
2910	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968
2911	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728
2912	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612
2913	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2914	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781
2915	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798
2916	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804
2917	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766
2918	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773
2919	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485
2920	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991537166
2921	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780
2922	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683
2923	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991533922
2924	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874
2925	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239
2926	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321
2927	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883
2928	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906
2929	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920
2930	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875
2931	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184
2932	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337
2933	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375
2934	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141
2935	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799
2936	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991519605
2937	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991519612
2938	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158
2939	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812
2940	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984
2941	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991496579
2942	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991496586
2943	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991509415
2944	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165
2945	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103
2946	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775
2947	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604
2948	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950
2949	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659
2950	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2951	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673
2952	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574
2953	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674
2954	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698
2955	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759
2956	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773
2957	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841
2958	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865
2959	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599
2960	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636
2961	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991475079
2962	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991475086
2963	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991475093
2964	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991475062
2965	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250
2966	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304
2967	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380
2968	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403
2969	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458
2970	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533
2971	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588
2972	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663
2973	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687
2974	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724
2975	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786
2976	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892
2977	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106
2978	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182
2979	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743
2980	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781
2981	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873
2982	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927
2983	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009
2984	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061
2985	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606
2986	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623
2987	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2988	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973
2989	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959
2990	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685
2991	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708
2992	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086
2993	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062
2994	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753
2995	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777
2996	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562
2997	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586
2998	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785
2999	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079
3000	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333
3001	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839
3002	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109
3003	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340
3004	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853
3005	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057
3006	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609
3007	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623
3008	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661
3009	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064
3010	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715
3011	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777
3012	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739
3013	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456
3014	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494
3015	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352
3016	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369
3017	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321
3018	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338
3019	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383
3020	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390
3021	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816
3022	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830
3023	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762
3024	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl. powl., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3025	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493
3026	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315
3027	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509
3028	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322
3029	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486
3030	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308
3031	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914
3032	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010
3033	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881
3034	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
3035	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
3036	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
3037	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
3038	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
3039	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
3040	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
3041	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
3042	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
3043	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
3044	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
3045	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990404315
3046	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901
3047	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918
3048	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956
3049	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 12 mg	28 szt.	05909991089313
3050	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 16 mg	28 szt.	05909991089412
3051	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 4 mg	30 szt.	05909991089214
3052	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739
3053	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654
3054	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317
3055	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991483807
3056	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218
3057	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685
3058	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692
3059	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368
3060	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344
3061	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3062	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615
3063	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622
3064	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561
3065	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516
3066	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523
3067	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621
3068	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690
3069	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163
3070	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040
3071	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963
3072	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925
3073	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990994816
3074	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215
3075	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116
3076	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472
3077	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982
3078	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885
3079	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960
3080	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984
3081	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528
3082	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535
3083	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542
3084	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279
3085	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286
3086	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293
3087	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532
3088	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655
3089	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110
3090	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219
3091	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318
3092	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990941025
3093	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990941124
3094	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650
3095	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667
3096	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273
3097	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297
3098	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3099	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990731565
3100	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990731671
3101	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591
3102	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829
3103	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812
3104	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031
3105	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616
3106	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715
3107	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838
3108	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012
3109	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111
3110	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714
3111	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114
3112	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213
3113	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990055722
3114	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215
3115	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314
3116	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990365913
3117	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990366026
3118	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990769124
3119	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645
3120	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210
3121	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05901812162564
3122	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990055920
3123	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991480509
3124	Sitagliptinum	Juzina, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05907594032880
3125	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05995327182650
3126	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05995327182667
3127	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	03838989721473
3128	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	03838989721466
3129	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991424558
3130	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05907626709803
3131	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991421137
3132	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991420970
3133	Sitagliptinum	Sitagliptin Aurovitas, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991497477
3134	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05903792662263
3135	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05903792662294

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3136	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991470883
3137	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991481131
3138	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991473174
3139	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991473105
3140	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05905669739351
3141	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270
3142	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657
3143	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551
3144	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998
3145	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728
3146	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739
3147	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647
3148	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771
3149	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207
3150	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139
3151	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704
3152	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698
3153	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557
3154	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571
3155	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265
3156	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05909991483197
3157	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659
3158	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172
3159	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042
3160	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689
3161	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597
3162	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906414003758
3163	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906414003741
3164	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325
3165	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991349226
3166	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991461393
3167	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991461317
3168	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991405960
3169	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991405991
3170	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991405953
3171	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991405922
3172	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991339135

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3173	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991422394
3174	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991314620
3175	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991351304
3176	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901720140388
3177	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05901720140340
3178	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991371777
3179	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991371753
3180	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991312640
3181	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991312633
3182	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991140069
3183	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991139995
3184	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906720536148
3185	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906720536117
3186	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382308
3187	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909991382315
3188	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991382278
3189	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	100 szt.	05909991382285
3190	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Beplasot, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05901720141095
3191	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164
3192	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Tamsunorm Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05397258000926
3193	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115
3194	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016
3195	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613
3196	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118
3197	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
3198	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
3199	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
3200	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
3201	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
3202	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124
3203	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651
3204	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668
3205	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
3206	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
3207	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	20 szt.	08595566454715
3208	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	08595566454760
3209	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3210	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414
3211	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215
3212	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719
3213	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000
3214	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304
3215	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426
3216	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161
3217	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610
3218	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219
3219	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
3220	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
3221	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
3222	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
3223	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416
3224	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
3225	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
3226	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
3227	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217
3228	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
3229	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
3230	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
3231	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
3232	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
3233	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
3234	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420
3235	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052
3236	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076
3237	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957
3238	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137
3239	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489
3240	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571
3241	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533
3242	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024
3243	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000
3244	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048
3245	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031
3246	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3247	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709
3248	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730
3249	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754
3250	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761
3251	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713
3252	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213
3253	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312
3254	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
3255	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
3256	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990331017
3257	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316
3258	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
3259	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
3260	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920
3261	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726
3262	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501
3263	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006
3264	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794
3265	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642
3266	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598
3267	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585
3268	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592
3269	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685
3270	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692
3271	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991496791
3272	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991496807
3273	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196
3274	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257
3275	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007
3276	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184
3277	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382
3278	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321
3279	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709
3280	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451
3281	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907626708417
3282	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05907626708400
3283	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570386

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3284	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845
3285	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948
3286	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570690
3287	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992
3288	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036
3289	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808
3290	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895
3291	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221
3292	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214
3293	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081
3294	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068
3295	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075
3296	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235
3297	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909997216393
3298	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418
3299	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070
3300	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598
3301	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635
3302	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666
3303	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697
3304	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567
3305	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
3306	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
3307	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
3308	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
3309	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
3310	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
3311	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
3312	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713
3313	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720
3314	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768
3315	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867
3316	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801
3317	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
3318	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3319	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034
3320	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429
3321	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
3322	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
3323	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
3324	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
3325	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
3326	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095
3327	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
3328	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
3329	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
3330	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
3331	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
3332	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
3333	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
3334	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
3335	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
3336	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
3337	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
3338	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
3339	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
3340	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
3341	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
3342	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
3343	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
3344	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
3345	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
3346	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
3347	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
3348	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580
3349	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
3350	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
3351	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
3352	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
3353	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
3354	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
3355	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3356	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
3357	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
3358	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
3359	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626
3360	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541
3361	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565
3362	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589
3363	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787
3364	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800
3365	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824
3366	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701
3367	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725
3368	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749
3369	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247
3370	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773
3371	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026
3372	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027
3373	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451
3374	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598
3375	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703
3376	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157
3377	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188
3378	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218
3379	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732
3380	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848
3381	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909
3382	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932
3383	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963
3384	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007
3385	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338
3386	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529
3387	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598
3388	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994
3389	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007
3390	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038
3391	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045
3392	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3393	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076
3394	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180
3395	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203
3396	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265
3397	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692
3398	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722
3399	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746
3400	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807
3401	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852
3402	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876
3403	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874
3404	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898
3405	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942
3406	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966
3407	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062
3408	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086
3409	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381
3410	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040
3411	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398
3412	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057
3413	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404
3414	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064
3415	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557
3416	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011
3417	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816
3418	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915
3419	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119
3420	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317
3421	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
3422	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
3423	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
3424	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
3425	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
3426	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494
3427	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
3428	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
3429	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3430	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189
3431	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134
3432	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158
3433	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240
3434	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264
3435	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196
3436	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233
3437	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860
3438	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877
3439	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839
3440	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846
3441	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921
3442	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938
3443	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891
3444	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907
3445	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569
3446	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167
3447	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594
3448	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
3449	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104
3450	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111
3451	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
3452	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511
3453	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839
3454	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846
3455	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822
3456	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991267131
3457	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016
3458	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
3459	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245
3460	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821
3461	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713
3462	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990073610
3463	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719
3464	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214
3465	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545
3466	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3467	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839
3468	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111
3469	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128
3470	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998
3471	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001
3472	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486
3473	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990648641
3474	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271
3475	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235
3476	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549
3477	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522
3478	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642
3479	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666
3480	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680
3481	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990649594
3482	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990649617
3483	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990649556
3484	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990649570
3485	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495
3486	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464
3487	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488
3488	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471
3489	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990715169
3490	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt.	05909990715084
3491	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990715145
3492	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019
3493	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118
3494	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814
3495	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913
3496	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496
3497	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990671502
3498	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472
3499	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990671489
3500	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612
3501	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629
3502	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3503	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711
3504	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728
3505	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735
3506	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810
3507	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827
3508	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834
3509	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
3510	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
3511	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
3512	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300
3513	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819
3514	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
3515	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
3516	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213
3517	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220
3518	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237
3519	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312
3520	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329
3521	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336
3522	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691
3523	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707
3524	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411
3525	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428
3526	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435
3527	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303
3528	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334
3529	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341
3530	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616
3531	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913
3532	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920
3533	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814
3534	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821
3535	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167
3536	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923
3537	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595
3538	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930
3539	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3540	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
3541	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
3542	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294
3543	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287
3544	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300
3545	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076
3546	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060
3547	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077
3548	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
3549	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
3550	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
3551	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
3552	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230
3553	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247
3554	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254
3555	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488
3556	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
3557	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
3558	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
3559	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
3560	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
3561	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
3562	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619
3563	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
3564	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
3565	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
3566	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
3567	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
3568	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106
3569	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
3570	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
3571	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
3572	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
3573	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
3574	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
3575	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3576	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
3577	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
3578	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0,1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553
3579	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524
3580	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623
3581	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984
3582	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352
3583	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381
3584	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991345815
3585	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991345785
3586	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763
3587	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695
3588	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877
3589	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594
3590	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990929214
3591	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067
3592	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081
3593	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159
3594	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961
3595	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985
3596	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065
3597	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877
3598	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969
3599	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983
3600	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990
3601	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147
3602	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991460914
3603	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	30 szt.	05909991483036
3604	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945
3605	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853
3606	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860
3607	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608
3608	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455
3609	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
3610	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3611	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480
3612	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459
3613	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991323837
3614	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991323875
3615	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991323783
3616	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255
3617	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864
3618	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949
3619	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833
3620	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989
3621	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008
3622	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107
3623	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138
3624	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176
3625	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244
3626	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927
3627	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941
3628	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246
3629	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253
3630	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260
3631	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277
3632	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284
3633	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291
3634	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464
3635	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501
3636	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192
3637	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208
3638	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239
3639	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132
3640	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262
3641	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
3642	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
3643	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351
3644	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
3645	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
3646	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
3647	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3648	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
3649	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
3650	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
3651	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
3652	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879
3653	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650
3654	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636
3655	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643
3656	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
3657	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
3658	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374
3659	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299
3660	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350
3661	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
3662	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498
3663	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
3664	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
3665	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
3666	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
3667	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
3668	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
3669	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
3670	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
3671	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
3672	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
3673	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
3674	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
3675	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
3676	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
3677	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
3678	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
3679	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
3680	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
3681	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
3682	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
3683	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
3684	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3685	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
3686	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
3687	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
3688	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
3689	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
3690	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
3691	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419
3692	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211
3693	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310
3694	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712
3695	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818
3696	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076
3697	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991492724
3698	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991492731
3699	Vildagliptinum	Glypvilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385
3700	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570
3701	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556
3702	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863
3703	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887
3704	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434
3705	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403
3706	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05909991496999
3707	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05909991496975
3708	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248
3709	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255
3710	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177
3711	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536
3712	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05702150155153
3713	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05702150155788
3714	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05702150155146
3715	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
3716	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382
3717	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871
3718	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061
3719	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228
3720	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212
3721	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3722	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729
3723	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990126828

E. Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
2	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
3	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
4	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
5	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
6	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747
7	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505
8	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
9	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
10	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
11	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
12	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
13	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
14	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
15	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
16	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
17	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
18	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
19	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
20	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
21	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
22	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082
23	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
24	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986
25	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
26	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
27	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
28	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
29	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
30	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
31	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
32	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332
33	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
34	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
35	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
36	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
37	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
38	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
39	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
40	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
41	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
42	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
45	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
46	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
47	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
48	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
49	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
50	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
51	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
52	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
53	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
54	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
55	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
56	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
57	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
58	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
59	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
60	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
61	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
62	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
63	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
64	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
65	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
66	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
67	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
68	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
69	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
70	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
71	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
72	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
73	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
74	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
75	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
76	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
77	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
78	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
79	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
80	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
81	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
82	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
83	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
84	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
85	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
86	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
87	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
88	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
89	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
90	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
91	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
92	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
93	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
94	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
95	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
96	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
97	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
98	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
99	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
100	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
101	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
102	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
103	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
104	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
105	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
106	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
107	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
108	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
109	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
110	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
111	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
112	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
113	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
114	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
115	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
116	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
117	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
118	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
119	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
120	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
121	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
122	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
123	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
124	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
125	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
126	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
127	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
128	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
129	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
130	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
131	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
132	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
133	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
134	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
135	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
136	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
137	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
138	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
139	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
140	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
141	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
142	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
143	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
144	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
145	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
146	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
147	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
148	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
149	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
150	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
151	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
152	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
153	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
154	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
155	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
156	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
157	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
158	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
159	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
160	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
161	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
162	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
163	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
164	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717
165	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
166	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
167	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
168	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
169	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
170	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
171	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
172	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
173	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
174	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
175	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
176	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
177	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
178	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
179	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
180	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
181	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
182	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
183	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
184	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
185	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
186	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
187	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
188	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
189	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
190	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
191	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
192	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
193	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
194	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
195	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
196	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
197	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
198	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
199	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
200	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
201	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
202	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
203	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
204	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
205	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
206	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
207	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
208	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
209	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
210	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
211	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
212	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
213	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
214	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
215	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
216	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
217	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
218	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
219	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
220	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
221	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
222	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
223	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
224	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
225	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
226	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379
227	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
228	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
229	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
230	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492
231	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577
232	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591
233	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652
234	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
235	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
236	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
237	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957
238	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060
239	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183
240	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
241	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
242	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
243	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986
244	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037
245	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856
246	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894
247	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
248	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
249	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135
250	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
251	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203
252	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258
253	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272
254	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
255	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
256	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497
257	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602
258	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640
259	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886
260	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
261	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
262	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858
263	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872
264	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889
265	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926
266	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
267	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
268	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
269	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956
270	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052
271	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151
272	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
273	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
274	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
275	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
276	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
277	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
278	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
279	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
280	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
281	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
282	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
283	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
284	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
285	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
286	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
287	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
288	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
289	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
290	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
291	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
292	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
293	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
294	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
295	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
296	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
297	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
298	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
299	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
300	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
301	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
302	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
303	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
304	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
305	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
306	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
307	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
308	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
309	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
310	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
311	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
312	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
313	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
314	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
315	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
316	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
317	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
318	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
319	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462
320	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
321	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
322	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
323	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
324	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
325	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243
326	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
327	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
328	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991088255
329	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858
330	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235
331	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
332	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
333	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266
334	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481
335	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013
336	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991472023
337	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991472030
338	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
339	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
340	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
341	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090
342	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
343	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
344	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
345	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
346	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300
347	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
348	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
349	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
350	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
351	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
352	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
353	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809
354	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
355	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
356	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
357	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
358	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615
359	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714
360	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
361	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
362	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
363	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
364	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
365	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
366	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
367	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
368	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
369	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
370	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
371	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
372	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
373	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
374	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
375	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
376	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
377	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
378	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
379	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
380	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
381	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
382	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
383	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
384	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
385	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
386	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
387	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352

F 1. Technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Cannabidiolum	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but. 100 ml	05055813900103
2	Patiromer calcium	Veltassa, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 8,4 g	30 sasz.	07640166811459

F 2. Technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Brexucabtagene autoleucel	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991460662
2	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991487430
3	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991487447
4	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046
5	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033
6	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040
7	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138
8	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043
9	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012
10	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029
11	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036
12	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508
13	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696
14	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139
15	Sacituzumabum govitecanum	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	05391507146816
16	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322
17	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529
18	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536
19	Tafasitamabum	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	09088885500694
20	Tebentafuspum	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml	1 fiol. po 0,5 ml	05056416800036

G 1. Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990109920
4	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014
5	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113
6	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt.	05909990840229
7	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
8	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
9	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
10	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
11	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
12	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
13	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
14	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994
15	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
16	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
17	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818
18	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
19	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
20	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
21	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
22	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
23	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
24	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
25	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
26	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629
27	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
28	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
29	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
30	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
31	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
32	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
33	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
34	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
35	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
36	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
37	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
38	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
39	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
40	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
41	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847
42	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939
43	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028
44	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298
45	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618
46	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137
47	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359
48	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717
49	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144
50	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366
51	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816
52	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151
53	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373
54	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383
55	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161
56	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990810178
57	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990810185
58	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814
59	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821
60	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838
61	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913
62	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920
63	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937
64	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412
65	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518
66	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421
67	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520
68	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608
69	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529
70	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
71	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
72	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
73	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171
74	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140
75	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119
76	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089
77	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058
78	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027
79	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990
80	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969
81	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
82	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
83	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
84	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
85	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
86	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
87	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
88	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
89	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
90	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
91	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
92	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840
93	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857
94	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697
95	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703
96	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729
97	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736
98	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
99	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
100	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119
101	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441
102	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250
103	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667
104	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780
105	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803
106	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514
107	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
108	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117
109	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416
110	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011
111	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715
112	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
113	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
114	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611
115	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
116	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
117	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
118	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
119	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
120	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
121	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
122	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614
123	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413
124	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420
125	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380
126	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314
127	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
128	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
129	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
130	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
131	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
132	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
133	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
134	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
135	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
136	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
137	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
138	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
139	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
140	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
141	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
142	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
143	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
144	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**
145	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564
146	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
147	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828
148	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835
149	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
150	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
151	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
152	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
153	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339
154	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500
155	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609
156	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173
157	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807
158	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708
159	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
160	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
161	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
162	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
163	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
164	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
165	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
166	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
167	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
168	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
169	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
170	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
171	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
172	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
173	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
174	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
175	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
176	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
177	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
178	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
179	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
180	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
181	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
182	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
183	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
184	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
185	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
186	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
187	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
188	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
189	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
190	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
191	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
192	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
193	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017
194	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
195	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516
196	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
197	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
198	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
199	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
200	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
201	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
202	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
203	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
204	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
205	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
206	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
207	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
208	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014
209	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401
210	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
211	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593
212	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907
213	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205
214	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938
215	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212
216	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969
217	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229
218	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
219	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
220	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129
221	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726
222	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733
223	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
224	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034
225	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267
226	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
227	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
228	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
229	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
230	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
231	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118
232	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
233	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608
234	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
235	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
236	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
237	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
238	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
239	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
240	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
241	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
242	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
243	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
244	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962
245	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
246	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391
247	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311
248	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
249	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618
250	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625
251	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312
252	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
253	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
254	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462
255	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
256	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
257	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
258	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
259	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
260	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
261	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
262	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438
263	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536
264	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515
265	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543
266	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
267	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
268	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189
269	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202
270	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
271	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
272	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
273	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
274	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
275	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
276	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
277	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
278	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
279	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
280	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
281	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
282	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013
283	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184
284	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610
285	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744
286	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737
287	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768
288	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751
289	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917
290	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177
291	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603
292	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
293	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
294	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
295	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
296	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
297	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
298	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
299	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
300	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
301	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
302	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
303	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
304	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
305	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
306	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
307	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
308	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
309	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
310	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
311	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
312	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011
313	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709
314	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581
315	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716
316	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635
317	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723
318	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816
319	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693
320	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717
321	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081
322	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774
323	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
324	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
325	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
326	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
327	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
328	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
329	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
330	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
331	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
332	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
333	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
334	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
335	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123
336	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
337	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
338	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590
339	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651
340	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583
341	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675
342	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710
343	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516
344	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
345	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
346	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
347	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
348	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
349	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
350	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
351	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
352	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
353	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
354	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
355	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759
356	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
357	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
358	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
359	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
360	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
361	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
362	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
363	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
364	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
365	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
366	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
367	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
368	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
369	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
370	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
371	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05907594033344
372	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05907594033399
373	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05907594033412
374	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05907594033443
375	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508
376	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546
377	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621
378	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184
379	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337
380	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375
381	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604
382	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950
383	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659
384	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981
385	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673
386	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574
387	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674
388	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698
389	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759
390	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773
391	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841
392	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865
393	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599
394	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636
395	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623
396	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647
397	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973
398	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959
399	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685
400	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708
401	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086
402	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062
403	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
404	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777
405	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562
406	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586
407	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352
408	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369
409	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321
410	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338
411	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383
412	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390
413	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914
414	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010
415	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
416	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685
417	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692
418	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990941025
419	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990941124
420	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616
421	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715
422	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838
423	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05901812162564
424	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991421137
425	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991420970
426	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657
427	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551
428	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998
429	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659
430	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325
431	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991349226
432	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164
433	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124
434	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651
435	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668
436	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
437	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
438	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
439	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
440	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
441	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
442	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
443	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
444	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920
445	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
446	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
447	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
448	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
449	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
450	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
451	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
452	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
453	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
454	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
455	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
456	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
457	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
458	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
459	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
460	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
461	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
462	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
463	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
464	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
465	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
466	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
467	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
468	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
469	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
470	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
471	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763
472	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695
473	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
474	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
475	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480
476	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459
477	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 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**
478	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211
479	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310
480	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177

G 2.Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
3	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
4	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
5	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
6	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
7	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
8	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
9	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
10	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
11	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
12	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
13	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
14	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
15	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
16	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
17	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
18	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
19	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
20	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
21	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
22	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
23	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
24	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
25	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
26	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
27	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
28	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
29	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991424558
30	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172
31	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042
32	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
33	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
34	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351